Über die unmittelbaren und späteren Resultate der künstlichen Frühgeburt, eingeleitet wegen Beckenenge.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Heinrich Hunziker,
med. pract. aus Basel.

LEIPZIG
Verlag von Georg Thieme
1904.

Über die unmittelbaren und späteren Resultate der künstlichen Frühgeburt, eingeleitet wegen Beckenenge.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Heinrich Hunziker,
med. pract. aus Basel.

LEIPZIG
Verlag von Georg Thieme
1904.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberdieunmittelb0000hein_u0c2

Meinen Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Nachdem in den letzten Dezennien des verflossenen Jahrhunderts ein reger Kampf geherrscht, ob bei gewissen engen Becken der künstlichen Frühgeburt oder der spontan einsetzenden, mit oder ohne Kunsthilfe beendeten Geburt der Vorzug zu geben sei, ist man im Laufe der Jahre immer mehr und mehr geneigt gewesen, die künstliche Frühgeburt der „Spontangeburt" vorzuziehen, im Interesse der Kinder sowohl, als auch im Interesse der Mütter. Da aber auch bei der künstlichen Frühgeburt noch immer viele Kinder zugrunde gehen, andrerseits dank den Fortschritten der Technik und der Asepsis die Sterblichkeit der Mütter beim Kaiserschnitt und bei der Symphyseotomie stark im Rückgang begriffen ist, so sind in letzter Zeit die Stimmen lauter geworden, die im Interesse der Kinder die Frühgeburt höchstens bei den leichtesten Graden von Beckenenge ausgeführt wissen wollen, während Kaiserschnitt und Symphyseotomie in ihr Recht treten sollen. Es wird der künstlichen Frühgeburt nachgeredet, dass „die Erfolge in Beziehung auf Erhaltung des Kindes schlecht, und die gebuchten Erfolge meist noch trügerisch seien" (Zweifel[1]); man dürfe die künstliche Frühgeburt nicht als eine Operation betrachten, „welche die Prognose der Kinder bei engem Becken bessert" (Krönig[2]).

[1]) Zweifel, „Sechs weitere Fälle von konservativem Kaiserschnitt nach Saenger." Arch. f. Gynäk. 1887, Bd. XXI, S. 193—217 (212).

[2]) Krönig, B., „Die Therapie beim engen Becken." Leipzig, Verlag von Arthur Georgi, 1901. 213 S. S. 147.

Ausser Zweifel und seinen Schülern sind es in Deutschland besonders Saenger, in Frankreich Pinard, die die Berechtigung und den Wert der künstlichen Frühgeburt bestreiten.

Entsprechend den Einwänden der Gegner dieser Operation möge die vorliegende Arbeit zweierlei untersuchen:

1. Wie sind die unmittelbaren Resultate der künstlichen Frühgeburt betreffend die Kinder?

2. Wie sind die Lebenschancen dieser Kinder?

Bezüglich der ersten Frage konnte genug Material aus der Literatur gesammelt werden, um zu sichern Schlüssen zu kommen; die zweite Frage ist noch sehr wenig berührt worden, und die wenigen Untersuchungen, die darüber vorliegen, sind zu wenig nach einem Plane ausgeführt, als dass sie endgültige Schlüsse gestatteten. Die vorliegende Arbeit möge ein erster Versuch sein, über diese Frage Aufschluss zu bekommen, und bei der geringen Anzahl von Fällen einen Anfang einer grössern Zahlenreihe darstellen; ist der Weg auch ein mühsamer, so ist er doch der einzig sichere.

I.

Betreffend die Frage nach den unmittelbaren Resultaten der künstlichen Frühgeburt sind alle seit ca. 1880 erschienenen Arbeiten über diese Frage, soweit sie mir zugänglich waren, benutzt worden; einzelne Fälle aus der Literatur zu sammeln, war mir nicht möglich.

Waren in einer Arbeit einzelne Frühgeburtsfälle vor 1880, so wurden sie berücksichtigt; reichten die Fälle aber bis vor 1875, so wurden durchweg erst die Fälle von 1880 an gezählt.

Es war nötig, die Grenze nicht tiefer anzusetzen, weil sonst die frühern Geburten allzureichlich in die vorantiseptische Zeit hineingereicht hätten; dass einzelne wenige frühere Spontangeburten ohne Einfluss auf das Resultat sind, ist anzunehmen.

Fälle, bei denen weder die Conjugata diagonalis noch die Conjugata vera angegeben ist, wurden weggelassen; in Fällen, bei denen nur die Conj. diag. angegeben war, wurde bei platten Becken 1.5, bei allg. verengten 2.0 cm subtrahiert, um die Conj. vera zu erhalten; wo von dieser Regel abgewichen ist (durchwegs Subtraktion von 1,75 cm), ist es Seite 28 angegeben; in den wenigen Fällen von Trichterbecken ist das kleinste quere Mass als wichtiger aufgenommen.

Arbeiten, bei denen die Anamnese bei den Mehrgebärenden überhaupt fehlte, konnten nicht berücksichtigt werden; einzelne Fälle, bei denen dieselbe mangelhaft war, wurden dann berücksichtigt, wenn mindestens ein Fall der frühern Geburten in seinem Ausgang sicher angegeben war.

Wenn diese Bedingungen (Zeit der Einleitung der Geburt; bekannte Grösse der Conj. vera, resp. des engsten Teils des knöchernen Beckenkanals, bekannte Anamnese) bei den einzelnen Arbeiten auch in jedem Fall vorhanden wäre, so könnte ich doch vielfach die betr. Zahlen der Autoren nicht einfach übernehmen, da sie oft irrige sind.

Es werden z. B. frühere Aborte der Frauen als frühere Totgeburten mitgezählt; oder es werden früher privat eingeleitete Frühgeburten zu den „Spontangeburten“ gerechnet, was eine wechselnde Verschiebung der Resultate mit sich bringt, je nachdem eben die künstlichen Frühgeburten bessere oder schlechtere Resultate ergeben, als die von selbst in Gang kommenden Geburten, eine Frage, die doch gerade mit Hilfe jener Statistiken erst soll entschieden werden.

Bezüglich der Ergebnisse dieser Zusammenstellung seien vorerst kurz besprochen

Die Resultate für die Mütter.

Unter 767 künstlichen Frühgeburten, klinisch eingeleitet in den letzten 25—30 Jahren, sind im Anschluss an die Geburt vorgekommen 12 Todesfälle, d. h.

Mortalität der Mütter . . . . . 1.56%.

Man wird aber nicht sagen dürfen, die Einleitung der Frühgeburt bedinge diese Mortalität, da Frauen mit engem Becken an sich schon eine höhere Mortalität in der Geburt und im Verlauf des Wochenbetts haben, als Frauen mit normalem Becken. Wären diese 767 Geburten nicht künstlich eingeleitet worden, sondern hätte man die Spontangeburt abgewartet, so wären sicher auch einige Todesfälle vorgekommen. Nur wenn die Anzahl dieser geringer wäre als 12, so könnte man die Differenz als durch die künstliche Frühgeburt verschuldet bezeichnen. Das Verhältnis aber näher zu untersuchen, kann nicht meine Aufgabe sein; ebensowenig gedenke ich die Fälle zu sondern und gewisse davon auszuschalten. Es möge genügen, wenn ich der Vollständigkeit halber die Ursachen dieser Todesfälle kurz erwähne.

1. Panienski, Fall 13: Cervixriss; subperitoneales Hämatom; Luftembolie.

2. 3. Becker, Karl, Fall 2: unbeachtete Blutung, Verblutungstod; und Fall 5: Tetanus uteri, Uterusruptur.

4. Taubert, Fall 4: Eklampsie (Quecksilberintoxikation?).

5. Rössing, Fall 33: Eklampsie.

6. Schaefer, Fall 20: Pyämie.

7. 8. Wölflinger, Fall 17: Septikämie, und Fall 50: Cervixriss; Verblutung.

9. Meissner, Fall 15: Nephritis (Tod 12 Tage p. p.)

10. Sarwey, Fall 55: Pyämie.

11. Studer, Fall 12: Allgemeine Anämie.

12. Heymann, Fall 16: Uterusruptur bei Placenta praevia.

Die Resultate für die Kinder.

Die 595 Frauen der Statistik haben insgesamt durchgemacht:
2202 Geburten mit 2202 + 13 Kindern.

(Ausser diesen 2202 Kindern, wobei 13 mal Zwillinge geboren wurden, gebaren diese Frauen noch 66 + 3 Kinder, deren Schicksale in den Anamnesen nicht erwähnt werden. Da die Zahl eine kleine ist, darf sie vernachlässigt werden.)

Von den 2202 + 13 Kindern sind

spontan geboren	1306 + 7
durch künstl. Frühgeburt	896 + 6
Total	2202 + 13

Von den 1306 + 7 spontan geborenen wurden:

tot geboren	840 + 1 = 64.0%
lebend geboren	466 + 6 = 36.0 „
lebend entlassen	376 + 5 = 29.0 „ .

Unter den „lebend entlassen“ bezeichneten sind alle jene Fälle verstanden, die nicht innerhalb von 10 Tagen post partum gestorben sind. Es wäre unrichtig, wollte man diese Todesfälle ausser acht lassen, besonders wenn man die beiden Reihen: spontane Geburt und künstliche Frühgeburt nebeneinander verfolgen will.

Von den 896 + 6 künstlich frühgeborenen wurden:

tot geboren	178 + 1 = 19.8%
lebend geboren	718 + 5 = 80.2 „
lebend entlassen	531 + 3 = 59.2 „ .

Es wäre unrichtig, würde man jetzt schon die beiden Gruppen miteinander vergleichen; denn man erinnere sich, dass die „Erst-

gebärenden", die bei diesen Zahlen mit eingerechnet sind, das Resultat beeinflussen könnten.

Von den 595 Frauen sind 97 „Erstgebärende", das heisst meist wirkliche Erstgebärende, bei denen die erste Geburt eine künstlich vorzeitige war, nebst einigen wenigen Frauen, die zwar mehrmals geboren haben, nie aber spontan, so dass sie nicht jenen Fällen angereiht werden dürfen, bei denen Spontangeburten mit künstlichen Frühgeburten verglichen werden sollen.

Diese 97 „Erstgebärenden" gebaren zusammen 122 + 3 Kinder; von diesen wurden:

tot geboren	23 + 1	19.2%
lebend geboren	99 + 2	= 80.8 „
lebend entlassen	74 + 1	= 60.0 „ .

Man ersieht hieraus, dass die „Erstgebärenden" im wesentlichen dieselben Verhältnisse der Resultate der künstlichen Frühgeburt haben, wie die künstlichen Frühgeburten im ganzen; die kleine vorhandene Differenz besagt nichts, da sie weit innerhalb der möglichen Fehlergrenzen liegt (vergl. S. 27).

Es verbleiben somit zum Vergleich mit den Spontangeburten bei 595 — 97 = 498 Mehrgebärenden (896 + 6) — (122 + 3) = 774 + 3 künstlich frühgeborene Früchte. Von diesen wurden:

tot geboren	155	19.9%
lebend geboren	619 + 3	= 80.1 „
lebend entlassen	457 + 2	= 59.1 „

Es zeigt sich somit, dass beim Vergleich von 1306 + 7 spontanen mit 774 + 3 künstlich frühen Geburten derselben 498 Frauen die künstlichen Frühgeburten weit bessere Ergebnisse aufweisen, indem letztere 30% mehr lebend entlassener Kinder erzielen.

Es fragt sich, ob dieses Resultat auf Zufall beruhen könne. Schon die blosse Überlegung muss zum Schlusse führen, dass bei einer so grossen Zahl von Fällen der Zufall keine Rolle spielen kann; man kann aber auch dank der Arbeit Liebermeisters[1]) mit mathematischer Genauigkeit berechnen, dass der Zufall so gut wie sicher ausgeschlossen ist. Setzt man (wie in der Wahrscheinlichkeitsrechnung üblich) die absolute Sicherheit = 1, so ergibt sich

[1]) Liebermeister, C., „Über Wahrscheinlichkeitsrechnung in Anwendung auf therapeutische Statistik." Sammlung klin. Vortr. Nr. 110, Leipzig 1877, 28 S. Formel III. S. 954 (20).

mit Hilfe von Formel III nach Liebermeister berechnet die Wahrscheinlichkeit für Ausschluss des Zufalls in diesem Fall

$$= 0{,}99999 \cdot 99999 \cdot 992 \ldots\ldots .^{1})$$

mit andern Worten: Es ist sicher, dass die Verschiedenheit der Resultate spontaner und künstlicher früher Geburten nicht auf Zufall beruht, sondern dass die bessern Erfolge bei der einen Gruppe eben darauf beruhen, dass die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde.

Dieser Schluss darf aber nur deshalb so präzisiert werden, weil die Kinder beider Gruppen unter denselben innern Verhältnissen zur Welt kamen, wobei besonders die Enge des Beckens von Belang ist. Dass die Bedingungen nicht ganz dieselben waren, indem verhältnismässig mehr künstliche Frühgeburten als spontane Geburten in den Kliniken stattfanden, dass diese Kliniken untereinander verglichen wiederum nicht in allem dieselben Bedingungen bieten, ist mir wohl bewusst; es sind dies aber Fehler, die sich aus keiner therapeutischen Statistik ganz ausschalten lassen. Während in ganz entsprechenden Fällen wohl gezeigt werden mag, was unter den betreffenden Bedingungen geleistet werden kann, so entspricht meine Zusammenstellung sicher dem, was an vielen Orten und unter verschiedenen äussern Verhältnissen in der Tat geleistet worden ist. Und eben das interessierte uns.

Über die Grenzen der Genauigkeit der oben berechneten Prozentzahlen gibt wiederum die Mathematik mit Hilfe der Wahrscheinlichkeitsrechnung Aufschluss. Nach den bei Hirschberg[2]) zitierten Formeln von Gavarret ist der mögliche Fehler mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,9953, wenn man die Anzahl der lebend Entlassenen berücksichtigt,

bei 1313 spontanen Geburten . . . $= \pm 3.5\%$
bei 777 künstl. Frühgeburten . . $= \pm 5.0$ „

d. h. es wurden lebend entlassen bei

---

[1]) Man hat in unserm Fall zum Berechnen der Formel zu setzen:

a = 932 p = 318
b = 1313 g = 777

woraus sich mit Hilfe fünfstelliger Logarithmen bei Berechnung von 5 Gliedern der Reihe in der Formel ergibt:

log (1—P) = 0,896—13
1—P = 0,00000 00000 0078 .....
woraus P = 0,99999 99999 9921 .....

[2]) Hirschberg, J., „Die mathematischen Grundlagen der medizinischen Statistik elementar dargestellt.“ Leipzig 1874. 94 S. (Vergl. S. 49ff.)

1313 Spontangeburten . . $29.0 \pm 3.5\%$ = 25.5 — 32.5%
777 künstl. Frühgeburten 59.1 ± 5.0 „ = 54.1 — 64.1 „

Betrachtet man in entsprechender Weise als die günstig verlaufenen Fälle jene, bei denen die Kinder lebend geboren wurden, so sind die entsprechenden Zahlen bei

1313 Spontangeburten . . $36.0 \pm 3.7\%$ = 32.3 — 39.7%
777 künstl. Frühgeburten 80.1 ± 4.1 „ = 76.0 — 84.2 „ .

Eine andere Frage, nämlich die nach dem Einfluss der Beckenenge auf den Verlauf der Geburt, lässt sich mit Hilfe der folgenden Tabelle für die Mehrgebärenden sehr gut verfolgen; da für die „Erstgebärenden" überhaupt nur 122+3 Fälle zur Verfügung stehen, so lässt sich nicht wohl mit einiger Zuverlässigkeit eine prozentualische Berechnung durchführen, da die Zufälligkeitsfehler dadurch vergrössert erscheinen würden.

	% bei einer Conjug. vera von — bis in cm:					
	bis 6,9		7,0 — 7,9		8,0 bis mehr	
spont.: totgeboren . . .	61	95.3%	225	70.5%	555	59.7%
k. Frühg.: „ . . .	23	44.2 „	40	20.9 „	92	17.2 „
spont.: lebend geboren .	3	4.7 „	94	29.5 „	375	40.3 „
k. Frühg.: „ „ . .	29	55.8 „	151	79.1 „	442	82.8 „
spont.: lebend entlassen .	2	3.1 „	78	24.5 „	301	32.4 „
k. Frühg.: „ „ . .	14	26.9 „	105	55.0 „	340	63.7 „

In dieser Zusammenstellung bedeutet die vordere Zahl stets die Anzahl der Fälle, die für die Berechnung der hinteren Zahl, der Prozente, massgebend war; die Prozente der „lebend entlassenen" sind bezogen auf die Gesamtzahl der Geburten der betreffenden Gruppe.

In den drei Gruppen von Beckenverengerung verteilen sich die Erfolge der künstlichen Frühgeburt in der Weise, dass bei Becken

bis 6,9 cm Conjug. vera . . . 23.8%
von 7,0 „ 7,9 „ „ „ . . . 30.5 „
„ 8,0 an „ „ . . . 31.3 „

Überschuss der Resultate der künstlichen Frühgeburt gegenüber der Spontangeburt bestehen, bezogen auf die lebend entlassenen Kinder.

Würde bei Becken unter 6,9 cm Conjug. vera die Frühgeburt überhaupt nicht eingeleitet worden sein, so würden bei Conjug. vera von 7,0 cm an aufwärts statt 59.1% Kinder als Durchschnitt aller drei Gruppen, 61.4% als Durchschnitt der zwei betreffenden Gruppen lebend entlassen worden sein; diese Verbesserung des Resultats bewegt sich aber immer noch innerhalb der möglichen Fehlergrenze

	Autor		Anzahl der Frauen	Geburten	Kinder	spontane Geburt: Resultate für die Kinder †	leb.	entl.	künstliche Frühgeburt: Resultate für die Kinder †	leb.	entl.	davon Resultat von wieviel Kindern nicht bekannt	von den Frauen sind wieviele „Erstgebärende“	Resultate der Kinder bei Erstgebärenden und solchen, die öfters und nur durch künstliche Frühgeburt entbunden wurden †	leb.	entl.	von vorstehend. Frühgeb. sind wieviele klinisch beobachtet	dabei starb v. d. Müttern im Anschl. an die künstl. Frühg.
1.	Haidlen	1884	9	30	31	10	9	9	1	9+1	7+1	1	2	—	2+1	2+1	10	—
2.	Panieński	1887	16	47	47	23	4	4	5	15	9	—	2	1	1	—	20	1
3.	Becker	1888	19	71	72	31	3	3	13	17+1	12+1	7	3	4	—	—	22	2
4.	Finck	1890	18	63	63	34	2	2	2	20	10	5	2	2	3	—	22	—
5.	Taubert	1891	15	62	63	27	9+1	7+1	5	21	19	—	2	1	1	1	17	1
6.	Rössing	1891	55	182	186	73	24+2	19+2	13+1	67	47	5+1	16	2+1	15	12	64	1
7.	Abraham	1894	8	33	33	10	4	4	5	14	14	—	1	—	1	1	16	
8.	Gärtner	1894	5	17	17	7	0	0	3	6	4	1	1	—	1	—	6	—
9.	Schaefer	1894	18	66	66	17	22	21	1	23	15	3	5	—	9	6	23	1
10.	Wölflinger	1895	41	165	165	71	32	21	12	49	34	1	4	—	4	4	48	2
11.	Meissner	1895	11	59	59	28	12	11	4	14	9	1	2	—	4	4	14	1
12.	Sarwey	1896	37	144	144	47	32	26	12	50	40	3	13	3	15	11	53	1
13.	Lambrecht Schneider	1894 1895	11	50	51	21	12+1	9	1	15	12	1	1	—	3	3	15	
14.	Schulz	1897	34	120	120	50	30	25	6	34	25	—	2	1	1	1	37	—
15.	Studer	1897	32	88	88	35	9	8	8	36	24	—	11	1	15	10	38	1
16.	Heinsius	1898	15	94	95	35	31+1	26+1	7	20	15	1	—	—	—	—	27	—
17.	Rombey Bollenhagen	1899	8	33	33	15	7	7	4	7	3	—	—	—	—	—	10	—
18.	Heymann	1899	9	52	53	17+1	10	7	8	16	13	1	—	—	—	—	21	1
19.	Becker	1899	3	15	15	5	4	2	1	5	3	—	—	—	—	—	4	—
20.	Warden	1899	25	59	59	17	8	2	13	21	15	—	9	4	5	3	31	—
21.	Skorscheban	1900	11	28	29	9	4	3	1	10+1	3	4	3	—	3+1	2	11	—
22.	Schneider	1901	45	149	150	52	22	18	12	47+1	40+1	16	11	4	8	7	55	
23.	Raschkow	1901	43	174	176	55	54+1	41+1	7	50	37	8+1	2	—	3	2	52	--
24.	Hahl	1903	41	183	184	75	22	17	20	58	45	8+1	1	—	1	1	70	--
25.	Hunziker	1904	66	284	285	76	100	84	14	94+1	76	—	4	—	4	4	81	-
			595	2268	2284	840+1	466+6	376+5	178+1	718+5	531+3	66+3	97	23+1	99+2	74+1	767	12

Da von 66 + 3 Kindern das Schicksal unbekannt ist, so bleiben bei 595 Frauen mit 2202 Geburten 2202 + 13 Kinder.

Da von diesen 595 Frauen 97 „Erstgebärende“ sind, so kommen als Mehrgebärende in Betracht **498 Frauen** mit **2080 Geburten** und **2080 + 10 Kindern.**

II.

Während bis jetzt infolge des reichlich vorliegenden Zahlenmaterials die Schlüsse, die gezogen wurden, Anspruch auf allgemeine Gültigkeit haben, so möge schon jetzt ein für allemal bemerkt werden, dass im folgenden sich alle Schlüsse auf das mir zur Verfügung stehende Material beschränken und infolge der kleinen Zahlen nicht verallgemeinert werden dürfen.

Um das Schicksal der bei engem Becken künstlich frühgeborenen Kinder, die in der Basler Klinik zur Welt kamen, zu erfahren, mussten zunächst sämtliche Journale von Ende 1902 an zurück, soweit genauere Angaben vorhanden waren, d. h. bis zum Jahre 1885, durchsucht werden. Dabei fanden sich 74 Frauen, bei denen die Geburt wegen engen Beckens im Laufe dieser Zeit ein- oder mehrmal eingeleitet worden war. Allen denen, die mir bei der Aufsuchung dieser Frauen behilflich waren, insbesondere den amtlichen Kontrollstellen, sei an dieser Stelle bestens gedankt. Von den 74 Frauen konnten $70 = 94.6\,\%$ ausfindig gemacht werden; im folgenden werden alle Angaben sich auf diese 70 Frauen beziehen. Diese 70 Frauen hatten zusammen in der Basler Klinik 88 künstliche Frühgeburten mit 88 Kindern, in der Privatpraxis und in andern Kliniken 27 künstliche Frühgeburten mit $27 + 1$ Kindern.

Allen Leitern der betreffenden Kliniken, sowie den Herren Ärzten [1]), die meine Anfragen jene Geburten betreffend alle mit grösster Bereitwilligkeit beantworteten, sei der wärmste Dank ausgesprochen; zwei Ärzte waren gestorben.

Soviel wie möglich besuchte ich alle Frauen persönlich und habe ihre Kinder gesehen; wo dies aus äussern Gründen unmöglich war, ist bei den Kindern der Befund als nicht persönlich konstatiert angegeben („angebl.", „soll"). Nicht zum geringsten verdanke ich den Frauen die Möglichkeit der Ausarbeitung des Materials, sei es durch gütige persönliche Auskunft, sei es brieflich; auch ihnen gebührenden Dank.

Die Nachforschungen nach den Kindern erstreckten sich von Ende März 1903 bis Ende Dezember 1903; jedesmal, wenn ich ein Kind vor dem im Jahre 1903 stattfindenden Geburtstage besuchte,

[1]) Es sind dies die Herren Proff. Bumm, Fehling, Goenner, Hofmeier, P. Müller, Sarwey, Walcher und die Herren Drr. Fromme-Halle, Kaiser-Delémont, Martin-Stuttgart, Oeri-Basel, v. Rodt-Bern, Roemer-Stuttgart, C. Schmid-Adlisweil, Steinbrück-Reutlingen, Vogelbach-Basel.

vergewisserte ich mich nach dem Geburtstage brieflich, dass das betreffende Kind auch wirklich sein Kalenderjahr vollständig zurückgelegt hatte und nicht unterdessen gestorben sei.

Von den 70 Frauen sind 62 verheiratet; 4 Frauen sind ledige Mehrgebärende, 4 weitere sind ledige Erstgebärende.

Von den Frauen sind ungefähr ein Drittel in Basel, einige wenige in andern grössern Städten, die meisten in der Umgebung Basels wohnhaft (Wiesen- und Kandertal; Oberelsass, Birs- und Fricktal); dementsprechend sind die Mehrzahl der Frauen aus dem Bauernstand, die übrigen aus der Arbeiterbevölkerung. Bis auf einige wenige Ausnahmen aus andern Volksklassen leben diese Leute in einfachen Verhältnissen; es gehören nur wenige zu den ganz Armen (wie aus den Wohnungsverhältnissen geschlossen wurde).

Bevor ich zur nähern Besprechung der Fälle schreite, ist es nötig, auf einen wichtigen Punkt aufmerksam zu machen. Dohrn[1]) hat gegenüber Spiegelberg[2]) gezeigt, dass man nicht die Resultate der künstlichen Frühgeburt bei gewissen Frauen mit den Resultaten spontaner Geburten beliebiger anderer Frauen mit verengtem Becken vergleichen darf; richtige Schlüsse ergeben nur Vergleiche zwischen spontanen und künstlich vorzeitigen Geburten bei denselben Frauen. In ganz analoger Weise darf nicht die Sterblichkeit der künstlich Frühgeborenen verglichen werden mit der Sterblichkeit beliebiger anderer Kinder; man darf nur die beiden Gruppen miteinander betrachten, wenn die Kinder von denselben Müttern stammen. Abgesehen davon, dass dann der Faktor des engen Beckens in beiden Gruppen konstant ist, ist vor allem die Pflege, die Ernährung, der Faktor der äussern Verhältnisse, im ersten Lebensjahr von so ausschlaggebender Bedeutung, gleichbleibend und in gleichem Sinne wirksam. Die Lebensfähigkeit der künstlich Frühgeborenen lernen wir nur kennen, wenn wir den Lebensverlauf der Frühgeborenen vergleichen mit dem Lebensverlauf der auf andere Weise Geborenen bei denselben Frauen, in demselben Milieu.

Alle Arbeiten, die bezüglich der Frage nach der Lebensfähigkeit in den letzten Jahren erschienen sind, zum Teil von hervorragendem Interesse, tragen diesen Verhältnissen nicht Rechnung.

[1]) Dohrn, R., „Über künstliche Frühgeburt bei engem Becken." Sammlung klin. Vortr. Nr. 94, 1875. S. 723—734.

[2]) Spiegelberg, O., „Über den Wert der künstlichen Frühgeburt." Archiv f. Gynäk. Bd. I, 1870, S. 1—11.

Ich muss mich darauf beschränken, auf die Arbeiten [1]) hingewiesen zu haben; besonders möge erwähnt sein die Arbeit von Beyerman [2]), die zu der Tabelle von Hahl [3]) einen weitern wertvollen Beitrag bilden wird. —

Da Knaben und Mädchen so wie so verschiedene Lebenschance haben, schien es mir nötig, im folgenden Knaben und Mädchen stets auseinanderzuhalten.

Von den 70 Frauen sind im ganzen geboren worden
303 + 1 Kinder (128 + 1 ♀ . 175 ♂).
Es ist interessant, dass auch hier mehr Knaben als Mädchen zur Welt kamen, wie es oft schon anderwärts beobachtet wurde (vergl. z. B. Taubert [4]); es beträgt das Verhältnis von Knaben zu Mädchen in den 304 Fällen 136 : 100.

Diese 303 + 1 Kinder verteilen sich folgendermassen:

Spontan eintretende Geburt . .	188	(79 ♀ .	109 ♂)
Künstliche Frühgeburt	115 + 1	(49 + 1 „ .	66 „)

Da aber im folgenden hauptsächlich die Rede sein soll vom Vergleich der beiden Gruppen bei denselben Mehrgebärenden, so mögen die Erstgebärenden ausgeschieden werden. Es sind deren 4. Alle 4 Kinder (1 Mädchen, 3 Knaben) sind lebend entlassen worden; eines starb, wahrscheinlich an Verdauungsstörung, nach 3 Monaten in einer Krippe; es war einige Wochen gesäugt worden; es war „3 Jahre in Beobachtung“ (vergl. unten S. 19). Ein zweites Kind,

---

[1]) Sarwey, O., „Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge.“ Berlin, Hirschwald 1896. 177 S. (S. 62—79.)

Heymann, F., „Über Methode und Indikationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Erfahrungen aus 107 Fällen.“ Archiv f. Gyn. 1899, Bd. LIX, S. 404—515. (S. 421—423.)

Raschkow, H., „Über die Bedeutung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge für die Erhaltung des Kindeslebens.“ In.-Diss. Kiel 1901. 39 S. (S. 24—39)

Ahlfeld, F., „Die Zukunft der nach künstlicher Einleitung der Geburt frühgeborenen Kinder.“ Centralblatt f. Gynäk. 1901. (S. 537—540.)

Hahn, Camille, „Des Prématurés. Caractères, Pronostic, Traitement.“ Thèse Paris 1901, 173 S.

Lorey, Karl Alex, „Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt mit besonderer Berücksichtigung des späteren Schicksales der Kinder.“ Arch. f. Gyn. Bd. LXXI. Heft 2; als Diss. Berlin 1904, L. Schumacher.

[2]) Beyerman, A., „Bijdrage tot eene juistere kennis van de uitkomsten der kunstmatige vroeggeboorte.“ In.-Diss. Utrecht 1900. 77 S.

[3]) Hahl, C., l. c. Arch. f. Gyn. Bd. LXX. S. 607.

[4]) Taubert, l. c. Dissert. Berlin 1891. S. 28.

künstlich ernährt, ist 8 Jahre alt; die übrigen sind je ein Jahr alt, das Mädchen bei künstlicher Ernährung gut entwickelt, der Knabe, der 4 Monate Muttermilch erhielt, gesund und von mittlerer Entwicklung. Es verbleiben somit

66 Mehrgebärende mit 299 + 1 Kindern (127 + 1 ♀.) 172 ♂.

Diese 299 + 1 Kinder verteilen sich wie folgt auf die beiden Gruppen:

Spontan eintretende Geburt	188	(79 ♀	. 109 ♂)
Künstliche Frühgeburt . .	111 + 1	(48 + 1 „	. 63 „)

Von diesen Kindern sind bei

Spontangeburt totgeboren .	82	(22 „	. 60 „)
„ lebend geboren	106	(57 „	. 49 „)
Frühgeburt totgeboren . .	15	(4 „	. 11 „)
„ lebend geboren	96 + 1	(44 + 1 „	. 52 „)

Auffallend ist in beiden Gruppen das Überwiegen der totgeborenen Knaben in fast genau demselben Verhältnis (22 : 60 = 4 : 11). Während dieses auch, nur in weniger ausgesprochenem Grade, in Basel schon einige Jahre verfolgt werden kann, indem von 1895 bis 1901 unter 747 Totgeborenen [1]) sich 314 Mädchen und 433 Knaben befinden, was einem Verhältnis von 3 : 4.1 entspricht, so zeigt sich so doch sehr deutlich der grosse Einfluss des engen Beckens auf das Leben der Frucht in dem Sinne, dass oft schon sehr kleine Differenzen in der Grösse der Frucht für das Schicksal des Kindes ausschlaggebend sind. Ich führe dies hier deshalb an, weil in einigen Fällen das Kind den Massen nach als reif zu bezeichnen ist, obwohl es der Berechnung nach nicht ausgetragen war; der Zeitunterschied einer einzigen Woche kann für den Erfolg entscheidend sein.

Von den lebend Geborenen wurden lebend entlassen:

Spontangeburt . . .	88	(47 ♀	. 41 ♂)
Frühgeburt	75	(37 „	. 38 „).

Stellt man diese Resultate zusammen, so wurden

	Spontangeburt	Frühgeburt
totgeboren . .	82 = 43.6 %	15 = 13.4 %
lebend geboren .	106 = 56.4 „	96 + 1 = 86.6 „
lebend entlassen	88 = 46.8 „	75 = 67.0 „

d. h. während im allgemeinen 59 % lebende Kinder entlassen wurden (s. S. 9) bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt, sind in den

[1]) „Statistische Mitteilungen des Kantons Basel-Stadt.“ 1895—1901. Basel. J. Frehner. 1898—1903. Je S. 1.

vorliegenden Basler Fällen 67 % entlassen worden; während im allgemeinen durch die künstliche Frühgeburt 30 % mehr lebender Kinder als bei Spontangeburt gewonnen wurden, sind hier 20 % Überschuss erzielt worden. Es erklärt sich diese Differenz daraus, dass die Becken in den vorliegenden Fällen nur mässig verengt waren; dass die Resultate die im allgemeinen berechneten Fehlergrenzen nicht innehalten, ist die natürliche Folge der relativ geringen Zahl der Fälle, ein lehrreiches Beispiel, dass aus kleinen Zahlen keine sichern allgemeinen Schlüsse erlaubt sind.

Die Schicksale der lebend geborenen und entlassenen Kinder sind summarisch folgende:

Spontangeburt

		♀	♂	%
Anzahl der lebend geborenen:	106	(57	49) =	100.0
davon leben noch:	72	(38	34) =	67.9
davon starben im 1. Lebensjahre:	29	(15	14) =	27.3
davon starben später:	5	(4	1) =	4.7

Künstl. Frühgeburt

		♀	♂	%
Anzahl der lebend geborenen:	96+1	(44+1	52) =	100.0
davon leben noch:	60	(27	33) =	61.9
davon starben im 1. Lebensjahre:	34+1	(16+1	18) =	36.1
davon starben später:	2	(1	1) =	2.1

Spontangeburt

		♀	♂	%
Anzahl der lebend entlassenen:	88	(47	41) =	100.0
davon leben noch:	72	(38	34) =	81.8
davon starben im 1. Lebensjahre:	11	(5	6) =	12.5
davon starben später:	5	(4	1) =	5.7

Künstl. Frühgeburt

		♀	♂	%
Anzahl der lebend entlassenen:	75	(37	38) =	100.0
davon leben noch:	60	(27	33) =	80.0
davon starben im 1. Lebensjahre:	13	(9	4) =	17.3
davon starben später:	2	(1	1) =	2.7

Es ist a priori anzunehmen, dass die künstlich Frühgeborenen nicht dieselbe Lebenschance haben, wie reife Kinder; aber man wird beim Vergleich der eben mitgeteilten Zahlen erstaunen, wie gering die Differenz zu Ungunsten der Frühgeborenen ist.

Von 106 Spontangeborenen überlebten das 1. Lebensjahr 77 = 72.6%
„ 96+1 Frühgeborenen „ „ 1. „ 62 = 64.0 „
Die Differenz zu Ungunsten der Frühgeborenen beträgt 8.6%.

Betrachtet man aber nur die Sterblichkeit der lebend entlassenen Kinder, wodurch einerseits 4 Fälle (1 Mädchen und 3 Knaben) von kurz nach der Frühgeburt an Lues hereditaria verstorbenen Früchten das Resultat nicht mehr beeinträchtigen, andrerseits möglich ist, die Resultate mit jenen allgemeinern zu vergleichen, so ergibt sich:

Von 88 bei spontaner Geburt lebend Entlassenen überlebten das 1. Lebensjahr . . . . . 77 = 87.5%
Von 75 bei künstlicher Frühgeburt lebend Entlassenen überlebten das 1. Lebensjahr . . 62 = 82.7 „

Die Differenz zu Ungunsten der Frühgeborenen beträgt 4,8%, d. h. während bei der Frühgeburt in den vorliegenden Fällen 20 „ (im allgemeinen 30%) mehr lebende Kinder entlassen werden konnten, als bei den spontanen Geburten möglich war, sind im Laufe des ersten Lebensjahres von diesen Frühgeborenen rund 5% mehr gestorben, als von den Spontangeborenen.

Wie nötig es ist, nur den Vergleich zwischen Frühgeburten und Spontangeburten als richtig anzusehen, wenn die Kinder denselben Müttern geboren wurden, erhellt aus den gegebenen Zahlen. Denn die bei den Spontangeburten geborenen Kinder haben keineswegs dieselbe Lebenschance wie andere, beliebige Kinder, schon deshalb, weil doch schon viele im unmittelbaren Anschluss an die Geburt absterben. Während in der ganzen Schweiz [1]) in den Jahren 1881—1888 von je 1000 Lebendgeborenen vor Vollendung des ersten Jahres

Mädchen . . . . . 151.6‰
Knaben . . . . . 182.0 „

starben, sind die entsprechenden (leider aus sehr kleinen Zahlen berechneten) Werte

bei Spontangeburt mittel . . . . 274‰
„ Mädchen . . . . . 263 „
„ Knaben . . . . . 286 „
bei künstlicher Frühgeburt mittel . 361 „
„ Mädchen . . . . . 378 „
„ Knaben . . . . . 346 „

[1]) „Statistisches Jahrbuch der Schweiz.“ Bern. Stämpfli u. Co. 1902. S. 30, 31.

Hätte man in vorliegender Untersuchung also bloss die Frühgeborenen berücksichtigt und die Sterblichkeit derselben verglichen mit der allgemeinen Kindersterblichkeit im 1. Jahr, so wäre man zu unrichtigen Schlüssen gelangt; so aber kann nur die Differenz zwischen der Sterblichkeit der Spontangeborenen und der Frühgeborenen der künstlichen Frühgeburt zur Last gelegt werden. Dasselbe Milieu hat sich Geltung verschafft.

Im übrigen darf man den S. 17 berechneten Prozentzahlen keine weitere Bedeutung beimessen; man darf nicht vergessen, dass das Material der Spontan- und Frühgeburten nicht ganz gleichwertig ist, also nicht ohne weiteres verglichen werden kann. Denn im allgemeinen sind die künstlich Frühgeborenen weniger lange Zeit in Beobachtung, als die Spontangeborenen, die künstlich Frühgeborenen haben also weniger lange Gelegenheit gehabt, abzusterben. Hätte man genau gleiche Beobachtungszeiten für beide Gruppen, so würde zweifellos das Resultat der Frühgeborenen eine etwas grössere Differenz aufweisen, als es nach den oben zitierten Zahlen erscheint. Wie gross der Unterschied aber ist, können erst weitere Enqueten lehren; die folgende Übersicht wird erst in Verbindung mit jenen Wert gewinnen.

Spontangeburten.

Wieviele Fälle waren wieviele Jahre in Beobachtung?			Wieviele davon †, und in welchem Lebensjahr?	
	♀	♂	♀	♂
1 Fall 28 Jahre	1	—	—	—
1 „ 27 „	—	1	—	—
1 „ 26 „	1	—	1 im 1. J.	—
1 „ 25 „	1	—	—	—
1 „ 24 „	1	—	1 im 21. J.	—
3 Fälle 23 „	2	1	1 im 1. J.	1 im 1. J.
1 Fall 22 „	—	1	—	1 im 1. J.
2 Fälle 21 „	1	1	—	—
1 Fall 20 „	1	—	—	—
1 „ 19 „	—	1	—	—
3 Fälle 18 „	—	3	—	1 im 1. J.
2 „ 17 „	1	1	1 im 5. J.	—
3 „ 16 „	3	—	—	—
3 „ 15 „	2	1	—	1 im 1. J.
4 „ 14 „	2	2	2 im 1. J.	1 im 1. J.

Wieviele Fälle waren wieviele Jahre in Beobachtung?						Wieviele davon †, und in welchem Lebensjahr?	
				♀	♂	♀	♂
4	Fälle	13	Jahre	3	1	—	—
10	„	12	„	3	7	1 im 1. J. 1 im 4. J.	3 im 1. J.
3	„	11	„	3	—	—	—
10	„	10	„	3	7	1 im 1. J.	3 im 1. J.
8	„	9	„	3	5	2 im 1. J.	1 im 1. J. 1 im 2. J.
6	„	8	„	2	4	1 im 1. J.	—
7	„	7	„	3	4	—	—
6	„	6	„	4	2	2 im 1. J. 1 im 2. J.	—
5	„	5	„	3	2	2 im 1. J.	—
5	„	4	„	5	—	2 im 1. J.	—
3	„	3	„	3	—	—	—
6	„	2	„	3	3	—	2 im 1. J.
5	„	1	Jahr	3	2	—	—
Total 106	Fälle			57	49	19	15

Künstliche Frühgeburt

(entsprechende Zahlen)

2	Fälle	20	Jahre	1	1	—	1 im 1. J.
2	„	18	„	—	2	—	1 im 1. J.
3	„	17	„	—	3	—	—
2	„	16	„	—	2	—	1 im 1. J.
2	„	15	„	—	2	—	1 im 3. J.
4	„	13	„	2	2	—	—
5	„	12	„	5	—	4 im 1. J.	—
5	„	11	„	1	4	1 im 1. J.	1 im 1. J.
5	„	10	„	3	2	1*im 1. J.	—
7	„	9	„	2	5	1 im 1. J.	2 im 1. J.
9	„	8	„	6	3	—	3*im 1. J.
5	„	7	„	3	2	1 im 1. J. 1 im 2. J.	1*im 1. J.
7	„	6	„	3	4	1 im 1. J.	2*im 1. J.
6	„	5	„	3	3	1 im 1. J.	—

Von den mit * bezeichneten Kindern sind je eines kurz nach der Geburt an Lues hereditaria gestorben.

Wieviele Fälle waren wieviele Jahre in Beobachtung?			Wieviele davon †, und in welchem Lebensjahr?			
		♀ ♂	♀		♂	
(künstliche Frühgeburt)						
5 Fälle	4 Jahre	2 3	1	im 1. J.	1	im 1. J.
8+1 „	3 „	5+1 3	1+1	im 1. J.	1	im 1. J.
6 „	2 „	2 4	1	im 1. J.	2	im 1. J.
13 „	1 Jahr	6 7	3	im 1. J.	2	im 1. J.
96+1		44+1 52	17+1		19	

Aus den Jahren 1884 und 1889 (18, bezw. 14 Jahre Beobachtungszeit) sind keine Frühgeburten notiert; ebensowenig vor 1883. Den Wert der Ungleichartigkeit beider Gruppen gegeneinander genau abzuschätzen, ist vorläufig kaum möglich.

Bezüglich des Einflusses der Ernährungsweise wurden folgende Daten erhoben. (Von den innert 10 Tage nach der Geburt verstorbenen Kindern ist die Ernährungsweise nicht angeführt):

Spontangeburten:

Von den im 1. Lebensjahr verstorbenen sind
18 (10 ♀ 8 ♂) innert 10 Tagen gestorben.
Von den übrigen 11 (5 „ 6 „) im 1. Jahr gestorbenen wurden
7 (3 „ 4 „) künstlich ernährt
4 (2 „ 2 „) erhielten Muttermilch.
Von 5 (4 „ 1 „) später gestorbenen wurden
2 (2 „ —) künstlich ernährt
3 (2 „ 1 „) erhielten Muttermilch.
Von 72 (38 „ 34 „) jetzt noch lebenden wurden
38 (16 „ 22 „) künstlich ernährt
34 (22 „ 12 „) erhielten Muttermilch.

Künstlich Frühgeborene:

Von den im 1. Lebensjahr verstorbenen sind
22 (8 ♀ 14 ♂) innert 10 Tagen gestorben.
Von den übrigen 13 (9 „ 4 „) im 1. Lebensj. gestorbenen wurden
6 (3 „ 3 „) künstlich ernährt
7 (6 „ 1 „) mit Muttermilch.
Von 2 (1 „ 1 „) später gestorbenen wurden
1 (— 1 „) künstlich ernährt
1 (1 „ —) mit Muttermilch.

Von 60 (27 ♀ 33 ♂) jetzt noch lebenden wurden
22 (13 „ 9 „) künstlich ernährt
38 (14 „ 24 „) mit Muttermilch.

In beiden Gruppen ist die Zeit der Ernährung an der Brust schwankend zwischen einer Woche und 1—2 Jahren; die verschiedenen Zeitlängen der Muttermilchernährung sind in beiden Gruppen annähernd gleich verteilt. Die Frühgeburtskinder erhielten im Durchschnitt in grösserer Anzahl Muttermilch, als die Spontangeborenen. Es zeigt dies einerseits, weshalb die Sterblichkeit der Frühgeborenen verhältnismässig wenig höher ist, als die Sterblichkeit der andern Kinder, andrerseits, wie sehr man darauf dringt und zu dringen hat, dass Frühgeborene wenn immer möglich, gestillt werden. Nicht zu vergessen sind indes bei Beurteilung so kleiner Zahlen zwei spezielle Fälle, bei deren Berücksichtigung der Unterschied zwischen beiden Gruppen bedeutend geringer wird.[1])

Die Todesursachen exkl. der innert 10 Tage gestorbenen sind mit Rücksicht auf die Art der Ernährung folgende:

Spontangeburten.

Künstliche Ernährung.

1.	„Gichter"	Tod im Alter von	2 Wochen	(♀) 37.3[2])
2.	Enteritis	„ „ „ „	4 „	(„) 26.1
3.	Hirnentzündung .	„ „ „ „	4 Monaten	(„) 40.4
4.	Croup	„ „	zweiten Jahre	(„) 22.6
5.	Scharlachdiphtherie	„ „	fünften Jahre	(„) 25.1
6.	„Gichter"	„ „	Alter v. 17 Tagen	(♂) 36.2
7.	Durchfall	„ „ „ „	3 Monaten	(„) 41.1
8.	Masernpneumonie .	„ „ „ „	8 Monaten	(„) 26.3
9.	„	„ „ „ „	51 Wochen	(„) 26.7

Ernährung an der Brust.

1.	Schluckpneumonie .	Tod im Alter v.	11 Tagen	(♀) 55.1
2.	„Gichter"	„ „ „ „	2 Wochen	(„) 27.3
3.	Diphtherie	„ „	vierten Jahre	(„) 19.4
4.	Tuberc. pulm. . . .	„ „	21. „	(„) 59.4
5.	Pneumonie	„ „	Alter v. 18 Tagen	(♂) 38.5
6.	„Gichter"	„ „ „ „	3 Wochen	(„) 1.1
7.	Lungen-u. Hirnentzdg.	„ „	zweiten Jahre	(„) 32.2

[1]) 8 bezw. 6 künstliche Frühgeburten derselben Frauen, die sämtliche Kinder gestillt haben.

[2]) Diese Zahlen weisen auf die Fälle der Kasuistik (in der Dissertation) hin.

Künstliche Frühgeburten.

Künstliche Ernährung.

1. Bronchitis . . . Tod im Alter von 3 Wochen (♀) 25.6
2. Durchfall . . . . „ „ „ „ 7 „ („) 41.3
3. Pneumonie . . . „ „ „ „ 6 Monaten („) 9.2
4. Adynamie.Hypospadie „ „ „ „ 11 Tagen (♂) 15.3
5. „Gichter", Mundfäule „ „ „ „ 16 „ („) 17.2
6. Lebensschwäche . „ „ „ „ 2 Wochen („) 62.3
7. Diphtherie . . . „ „ dritten Jahre („) 61.3

Ernährung an der Brust.

1. Adynamie . . . Tod im Alter v. 16 Tagen (♀) 14.3
2. Ernährungsstörungen „ „ „ „ 9 Wochen („) 10.8
3. „Blutbeulen" . . „ „ „ „ 4 Monaten („) 10.5
4. Schwäche (Zwilling) „ „ . „ „ 12 Wochen („) 33.3
5. Lymphaden. suppur. „ „ „ „ 51 „ („) 52.5
6. Pleuropneumonie . „ „ „ „ 51 „ („) 28.6
7. Lungenentzündung „ „ zweiten Jahre („) 10.4
8. Rhachit.(Gb.-Trauma?)„ „ Alter v. 48 Wochen (♂) 3.2

Unter den äussern Umständen, unter denen die Kinder sich befanden, war es leider unmöglich, von jedem einzelnen einen Status aufzunehmen, insbesondere das Gewicht und die Körpergrösse zu bestimmen. Über die Entwicklung der einzelnen Kinder sind die betr. Angaben leider nur allgemeiner Natur; es würde eine Einteilung der Kinder nach „gering", „mittel" und „gut" entwickelten Gruppen keinen wissenschaftlichen Wert haben können. Nur auf Nervenkrankheiten und Rhachitis wurde des genauern geachtet, sowie andere irgendwie bemerkenswerte Krankheiten; auf überstandene Infektionskrankheiten konnte keine Rücksicht genommen werden. Es wurden als auffällig notiert, wobei die Fälle wie oben (vergl. Anmerkung) bezeichnet sind, bei:

72 lebenden Spontangeborenen (38 ♀, 34 ♂):

1 Fall von Coxitis tbc. (♀): 49.1.
1 „ „ Lippenspalte (♂), operiert. 23.4.
1 „ „ nächtl. Anfällen (Epilepsie?) (♀) 31.1.
1 „ „ Hydrocephalus und Idiotie (♂) 63.1.
4 Fälle „ Rhachitis (4 ♂). 26. 9. 10; 49. 2. 3.

60 lebenden Frühgeborenen (27 ♀, 33 ♂):

1 Fall von Nabelhernie (♂) operiert, 8.2.
1 „ „ Tbc. peritonei? (♀) 33.2.

4 Fälle von Rhachitis (2 ♀, 2 ♂) 49.6; 18. 7. 8; 11.2.
2 „ „ Asymmetrie des Schädels (1 ♀, 1 ♂) 7.3; 26.12.
1 Fall „ nächtl. Anfällen (Epilepsie?) (♂) und Bettpissen 48.3.
1 „ „ Hydocele duplex (♂) 1.9.
1 „ „ Rhachitis mit Hydrocephalus ohne geistige Abnormitäten (♂) 13.3.
1 Fall von Bettnässen mit 5 Jahren (♂) 32.4.

Insbesondere von Littlescher Krankheit und andern spastischen Zuständen konnte gar nichts konstatiert werden; von den Fällen von Rhachitis leben die Kinder von Fall 18 in durchaus guten äussern Verhältnissen und wurden auch 6—7 Monate von der Mutter gestillt.

Als die Resultate des ersten Teils dieser Arbeit zusammen fassend, darf man also sagen:

1. „Bei 498 mehrgebärenden Frauen mit engem Becken sind in 2080 Geburten mit 2090 Kindern, wovon 1306 Geburten (mit 1313 Kindern) spontan einsetzten, 774 Geburten (mit 777 Kindern) künstlich eingeleitet wurden, durch die künstliche Frühgeburt rund 30% mehr am 10. Tage nach der Geburt noch lebender Kinder erzielt worden. Die absoluten Prozentzahlen lebend Entlassener betragen

für die spontan Geborenen 29.0%
für die künstl. Frühgeborenen . . . . . 59.1 „;

mit anderen Worten: durch die künstliche Frühgeburt sind verhältnismässig doppelt so viele Kinder am 10. Tage noch am Leben erhalten gewesen, als bei den Spontangeburten.

Aus dem zweiten Teile folgt:

2. Von 188 Spontangeborenen leben zur Zeit noch $72 = 38.3\%$.
Von $111 + 1$ Frühgeborenen leben zur Zeit noch $60 = 53.6\%$.

Trotzdem also von den lebend entlassenen Kindern einige Prozent der künstlich Frühgeborenen mehr starben, als von den spontan Geborenen, so sind doch in bezug auf die Gesamtzahl der Geburten die gegenwärtigen Resultate so, dass von den Frühgeborenen 15% mehr Kinder zur Zeit am Leben sind. Da sämtliche lebende Kinder über das so verhängnisvolle erste Lebensjahr hinaus sind, so kann die mutmassliche Verringerung dieser 15% infolge der ungleich langen Beobachtungszeiten höchstens einige wenige Prozente betragen, so dass bei Berücksichtigung dieses Ab-

zugs immer noch mindestens 10% Überschuss zugunsten der Frühgeborenen besteht. Zieht man die absoluten Prozentzahlen in Betracht (38.3% bezw. 53.6% minus ca. 5%), so heisst das:

„In den Basler Fällen sind durch die künstliche Frühgeburt verhältnismässig annähernd $^1/_5$ mehr Kinder für die Gesellschaft definitiv erhalten worden, als bei der spontan eingetretenen Geburt."

Damit ist ohne Zweifel bewiesen, dass die mit Zweifel (vergl. S. 5) angebahnte Reaktion gegen die künstliche Frühgeburt ungerechtfertigt war, denn die Erfolge der Frühgeburt sind keine schlechten, und die gebuchten Erfolge sind keine trügerischen, gar nicht zu reden davon, dass „von 100 Frühgeburtskindern am Ende des ersten Lebensjahres kaum eines noch am Leben" sein soll.[1]) Im Gegensatz zu Krönig darf man vielmehr sagen, dass „die Frühgeburt eine Operation ist, die die Prognose der Kinder bei engem Becken bessert", immer vorausgesetzt, dass der Operateur nicht zum voraus nur wenig von der Operation erwarten zu dürfen glaubt.

Dass im übrigen die Resultate der künstlichen Frühgeburt für die Kinder, und nicht zum mindesten auch für die Mütter, noch beträchtlich verbesserungsfähig sind, ist gewiss und wohl lediglich neben vollkommener Beherrschung der Asepsis eine technische Frage, mit deren Lösung sich die Dissertation von Reynier aus dem Frauenspital Basel (1904) beschäftigt.

Unseres Erachtens liegt also gar kein Grund vor, im Zweifelschen Sinne der künstlichen Frühgeburt ihre Berechtigung absprechen zu wollen; vielmehr sind die oben besprochenen Resultate so günstig, dass dieser humanen Operation hiermit mit Nachdruck wieder das Wort geredet sein soll.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem verehrlichen Lehrer und frühern Chef, Prof. O. v. Herff, für die Anregung zur Bearbeitung des Materials, und vor allem für das rege Interesse, das er der Arbeit stets entgegengebracht hat, zu danken.

[1]) Zweifel, „Lehrbuch der Geburtshilfe." Stuttgart 1895. S. 635.

Literaturverzeichnis.

Zur Ausarbeitung der Tabelle sind benutzt worden:

1. 1884. Haidlen, R., „Über die Einleitung der künstlichen Frühgeburt und der Fehlgeburt". Mediz. Korrespondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins. P. 97—103, 105—109.

Es fehlen: Nr. 1—11, 19, 21—23, 26—33.

2. 1887. Panieński, Joh., „Zur Kasuistik der künstlichen Frühgeburt". Inaug.-Diss. Berlin, 29 S.

Alle Fälle verwendet.

3. 1888. Becker, Karl, „25 Fälle von künstlicher Frühgeburt bei engem Becken". Inaug.-Diss. Breslau, 43 S.

Ausgeschaltet: Nr. 6, 17, 18.

4. 1890. Finck, C., „Die künstliche Frühgeburt und ihr Erfolg bei Beckenenge". Inaug.-Diss. Strassburg, 72 S.

Sämtliche Fälle.

5. 1891. Taubert, Fritz, „Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt". Inaug.-Diss. Berlin, 45 S.

Fehlt Nr. 1 (Erfolg für das Kind fraglich).

6. 1891. Rössing, Hch., „Die Resultate von 105 Frühgeburtseinleitungen". Inaug.-Diss. Marburg, 77 S.

Ausgeschaltet Nr. 1—8, 14—17, 19, 24, 29, 32, 34, 37, 41, 43, 44, 47, 52, 60—62, 65—67, 70, 71, 75, 82, 84, 85, 87, 89—91, 93, 95. — Bei Fall 50 ist angenommen, dass das künstlich Frühgeborene der Anamnese, das einer Pneumonie erlag, innerhalb von 10 Tagen p. p. gestorben sei; möglicherweise ist es aber erst später gestorben. — Wo die Conj. vera nicht direkt angegeben ist, wurde sie durch Subtraktion von 1,5, bezw. 2,0 cm von der Conj. diagonali. berechnet.

7. 1894. Abraham, Otto, „Über den Erfolg der künstlichen Frühgeburt". Inaug.-Diss. Berlin, 44 S.

Die Fälle Nr. 1, 2, 4, 8, 9 sind schon bei Taubert gezählt.

8. 1894. Gärtner, Ludwig, „Zur Indikation der künstl. Frühgeburt, der Perforation und des Kaiserschnittes". Inaug.-Diss. Würzburg, 35 S.

Ausgeschaltet Nr. 3, 6, 7.

9. 1894. Schaefer, Oskar, „Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken". Inaug.-Diss. Jena, 66 S.

Alle Fälle verwendet.

10. 1895. Wölflinger, Chr., „Die Resultate von 60 Frühgeburtseinleitungen". Inaug.-Diss. Marburg, 55 S.

Fortgelassen sind: Nr. 4, 7, 8, 20, 32, 43, 45, 46, 51, 52, 56, 60.

11. 1895. Meissner, Fritz, „Fälle von künstlicher Frühgeburt". Inaug.-Diss. Bonn, 70 S.

Es mussten weggelassen werden: Nr. 6—14, 16—18, 21, 22, 29. Text und Tabelle wurden zur gegenseitigen Ergänzung benützt.

12. 1896. Sarwey, Otto, „Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge". Berlin bei Hirschwald, 177 S.

Ausgeschaltet Nr. 4, 5, 9, 13, 14, 18, 24. (Die Fälle von Finckh, Julius, Inaug.-Diss. Tübingen 1893, sind mit berücksichtigt.)

13. 1894. Lambrecht, Hans, „Zehn Fälle von künstlicher Frühgeburt bei engem Becken". Inaug.-Diss. Göttingen, 45 S.

1895. Schneider, Paul, „Die in der Göttinger Universitätsfrauenklinik übliche Therapie bei engem Becken". Inaug.-Diss. Göttingen, 46 S.

Bei Fall 6 sind 2 spontan geborene Kinder als „nur kurze Zeit" lebend bezeichnet und deshalb als nicht lebend entlassen gezählt, bei Fall 7 sind 6 normale Geburten mit lebenden Kindern vor dem Einsetzen der Ostremalacie mitgezählt.

14. 1897. Schulz, Alfr., „71 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt". Inaug.-Diss. Halle, 47 S.

Es fehlen Nr. 1—10 der Tabelle A.

15. 1897. Studer, Ed., „Beitrag zur Frage der künstlichen Frühgeburt". Inaug.-Diss. Zürich-Flawil, 80 S.

Ausgeschaltet: Nr. 2, 5, 9—11, 13, 14, 18, 19, 21, 32, 35, 36. 46—50, 54, 58—63.

16. 1898. Heinsius, Fritz, „Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1894/95—1896/97". Inaug.-Diss. Breslau, 68 S.

Es wurden fortgelassen: Nr. 111, 132, 133, 109 (in diesem Fall ist das einzige durch künstliche Frühgeburt gewonnene Kind wohl der zugleich ausgeführten Symphyseotomie zu danken, weshalb der Fall nicht in die Rechnung gehört).

17. 1899. Bollenhagen, Heino, „Beitrag zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt". Zeitschr. f. Geb. und Gynäk., Band XLI, S. 440—462.

Nr. 1. 2, 3, 8 und 9 sind schon bei Gärtner gezählt (vergl. auch: Rombey, A., „20 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt". Inaug.-Diss. Würzburg, 40 S.!).

18. 1899. Heymann, F., „Über Methode und Indikationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft". Archiv f. Gynäk., Band LIX, S. 404—515.

Ausgeschaltet wurden Nr. 12, 13, 17, 24—28, 30—53.

19. 1899. Becker, Wern., „Ein Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt". Inaug.-Diss. Kiel, 21 S.

Bis auf Fall II, A. 4 und II. C. 2 sind alle Fälle bei Raschkow berücksichtigt; Fall II. B. 7 ist bei Becker vollständiger als bei Raschkow, daher bei ersterem mitgezählt.

20. 1899. Warden, A., „L'accouchement provoqué dans les cas de bassins rétrécis". Thèse, Paris, 48 S.

Es waren unvollständig Nr. 2, 6, 10, 14—16, 36, 37, 39.

21. 1900. Skorscheban, L., „44 Fälle künstlicher Frühgeburt und deren Enderfolge". Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XI., 323—333.

Alle Fälle sind verwendet.

22. 1901. Schneider, Paul, „66 Fälle künstlicher Frühgeburt, eingeleitet mittels glyzeringefüllten Fischblasencondoms". Inaug.-Diss. Leipzig, 55 S.

(Von der angegebenen Länge der Conj. diag. wurde zur Berechnung der C. vera je 1,75 cm abgezogen.) Ausgeschaltet sind: Nr. 8, 11, 16, 31, 32, 52, 61, 66; folgende Erstgebärende, bei denen die Geburt am Ende der Schwangerschaft angeregt wurde, sind ebenfalls nicht berechnet: Nr. 23, 29, 30, 33, 48.

23. 1901. Raschkow, Herm., „Über die Bedeutung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge für die Erhaltung des Kindeslebens". Inaug.-Diss. Kiel, 39 S.

Weggelassen wurden: Nr. 10211, 10582, 17685 (schon bei Becker gezählt = II. B. 7.), 348 (1899), 10018, 16,341, 9 (1899).

24. 1903. Hahl, Carl, „Klinische Studie über die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge". Archiv für Gynäk. Bd. LXX, S. 545—613.

Es fehlen Nr. 1—12, 16, 82.

25. 1904. Diese Arbeit.

Unvollständig sind Nr. 39, 43, 57, 59.

Ausserdem wurden benutzt

(vgl. auch die Angaben im Text)

Dissertationen.

1. Attarian-Caracach, „Etude clinique et statistique sur le traitement des bassins viciés depuis l'antisépsie obstétricale". Paris 1892, 74 S.

2. Behrendt de Cuvry, „Über die Ergebnisse der künstlichen Frühgeburt". Giessen 1898, 24 S.

3. Finckh, Jul., „Über Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken". Tübingen 1893, 44 S.

4. Gilles, Raymond, „De l'accouchement prématuré provoqué". Toulouse 1902, 84 S. (wichtig S. 56—59!).

5. Grote, Joh., „Einfluss der Geburtsleitung bei engem Becken auf Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind". Leipzig 1899, 63 S.

6. Köttgen, Paul, „Zur Statistik des engen Beckens". Bonn 1895, 23 S.

7. Perret, Maxime, „Accouchement prématuré provoqué et Symphyséotomie". Paris 1894, 126 S.

8. Senftleben, Hans, „Künstliche Frühgeburten, beobachtet in den Jahren 1878—1884 in der geburtshilflichen Klinik der Charité". Berlin 1885.

9. Teissier, Eugène, „Quelques remarques sur l'accouchement prématuré provoqué et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis à propos de cinq observations. Montpellier 1897, 59 S.

10. Weidling, Ludwig, „Die Prognose der Geburt bei engem Becken, nach statistischen Ergebnissen der Hallenser Klinik und Poliklinik". 1882, 48 S.

Andere Arbeiten.

1. Ahlfeld, F., „118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt". Zentralbl. f. Gynäk. 1890, 529—534.

—, „Die intrauterine Ballonbehandlung zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken". Diese Zeitschrift 1901, IV, 17—20.

2. Balandin, „Zur Frage über künstl. Frühgeburt". Intern. Kongress Berlin 1890. Referiert im Zentralbl. f. Gynäk. 1890, XIV, 158—159.

3. Bar, „Beitrag zum Studium der Indikationen der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken". Ref. im Zentralbl. f. Gynäk. 1900, XXIV, 450.

4. Berthold, G., „Zur Statistik der künstlichen Frühgeburt". Archiv f. Gynäk. 1874, VI, 336—339.

5. Beuttner, „Zur Frage der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge". Arch. f. Gynäk. 1895, XLVIII, 269—323.

6. Calderini, „Künstliche Frühgeburt". Zentralbl. f. Gynäk. 1890. Beilage 133—137 (ebenda auch v. Dohrn, Sänger, Löhlein, Fehling, Dobronravow).

7. Dohrn, R., „Über künstl. Frühgeburt bei engem Becken". Arch. f. Gynäk. 1877, XII, 53—74.

8. Fehling, H., „Die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt". Zentralblatt für Gynäk. 1886, X, 145—148.

9. Gönner, A., „Zur Statistik der engen Becken". Zeitschrift f. Geburtshilfe, VII, 1882, 314—323.

10. Grapow, M., „Die Indikationsstellung bei engem Becken". Zeitschr. f. Geburtshilfe, XVII, 1889, 84—125.

11. Grusdew, W., „Zur Kasuistik der künstlichen Frühgeburt". Zentralblatt f. Gynäk. 1900, XXIV, 441—446.

12. Hauffe, Georg, „Ein Beitrag zur Wehenerregung allein durch intrauterine, wenig nachgiebige Gummiblasen“. Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäk., XIV, 1901, 255—280.

13. Henkel, Max, „Über mehrfache Geburten derselben Frau bei engem Becken“. Vortrag. Zeitschr. f. Geburtshilfe 1903, L, 83—99.

14. Ingerslev, E., „Partus praematurus artificialis, bloss mit Rücksicht auf Beckenverengerung“. Ref. in Zentralbl. für Gynäk. XIV, 1890, 598—600.

15. Keilmann, Alex, „Klinisch-experimentelle Beobachtungen über künstliche Erregung von Geburtswehen“. Habilitationsschrift, Breslau 1898. 53 Seiten.

16. Knapp, Ludw., „Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891—1895“. Arch. f. Gynäk. 1896, LI, 489—585.

17. Krause, Alb., „Die künstliche Frühgeburt, monographisch dargestellt“. Breslau 1855, 368 S.

18. Künne, „Fünfzehn Fälle von künstlicher Frühgeburt“. Arch. f. Gynäk. 1874, VI, 332—336.

19. Kufferath, „Die Indikationen für die künstliche Frühgeburt, den Kaiserschnitt und die Embryotomie“. Zentralbl. f. Gyn., XVI, 1892, 908 u. 909.

20. Landau, L., „Über Indikation und Wert der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken“. Arch. f. Gynäk. 1877, XI, 1—21.

21. Litzmann, „Über den Wert der künstlich eingeleiteten Frühgeburt bei Beckenenge und die Grenzen ihrer Zulässigkeit“. Arch. f. Gynäk. 1871, II, 169—217.

22. Leopold, G., „Über die Symphyseotomie und ihre Indikationsstellung“. Zentralblatt f. Gynäk. 1894, XVIII, 443—452.

23. Müller, A., „Die Dauererfolge der künstlichen Frühgeburt“. Zentralblatt f. Gynäk. 1902, XXVI, 1140.

24. Noack, „Über die Erhaltung zu früh geborener Kinder in den Wärmeschränken“. Sitzungsberichte d. gynäk. Ges. zu Dresden. Zentralbl. f. Gynäk. 1899, XXIII, 385.

25. Olshausen, „Spontane Geburt — prophylaktische Wendung — Symphyseotomie. Ihr gegenseitiges Verhalten zu einander“. Zentralblatt für Gynäk. 1894, XVIII, 857—862.

26. Pape, Herm., „Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge; modifizierte Technik der Metreuryse und ihre Erfolge“. Diese Zeitschrift 1902, VI, 51—69 (vergl. auch Zentralbl. f. Gynäk. 1902, XXVI, 1413).

27. Pinard (zitiert bei Perret pag. 93), „Annales de gynéc. et d'obstétrique. Févr. 1891, pag. 102 (100 Fälle künstlicher Frühgeburt).

28. Rubeska, W., „Über die intrauterine Anwendung des Kautschukballons in der Geburtshilfe“. Arch. f. Gynäk. 1900, LXI, 1—14.

29. Rumpe, „Ein Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt“. Arch. f. Gynäk. 1883, XXI, 85—98.

30. Schödel, Joh., „Erfahrungen über künstliche Frühgeburten, eingeleitet wegen Beckenenge in den Jahren 1893—1900 an der Königl. Frauen-Klinik zu

Dresden". (Fortsetzung der Arbeiten von Korn und Buschbeck.) Arch. für Gynäk. 1901, LXIV, 151—164.

31. Schönberg, E., „Künstliche Frühgeburt bei Beckenenge". Ref. im Zentralbl. f. Gynäkol. 1891, XV, 31—32.

32. Stieda, Alfr., „Über die intrauterine Anwendung von Ballons zur Einleitung der Frühgeburt und des Abortus". Monatsschrift f. Geb. 1897, V, 191—212.

33. Strauch, Max, „Über künstliche Frühgeburt". Arch. f. Gynäk. 1887, XXI, 385—403.

34. Wiener, Max, „Zur Frage der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken". Arch. f. Gynäk. 1878, XIII, 80—108.

35. Winckel, „Beitrag zur Beurteilung des Wertes der künstl. Frühgeburt bei Beckenenge". Zentralbl. f. Gyn. 1881, V, 197—203.

36. Wolff, Br., „Beitrag zur Lehre von der Wendung und Extraktion bei engem Becken". Arch. f. Gynäk. 1901, LXII, 533—600.

37. Wyder, Th., „Perforation, künstliche Frühgeburt und Sectio caesarea in ihrer Stellung zur Therapie bei engem Becken". Arch. f. Gyn. 1888, XXXII, 1—96.

Kasuistik.

Der erste Fall der Kasuistik möge mit seinen Angaben etwas ausführlicher als die folgenden Fälle sein, indem in diesen dieselben Festlegungen in derselben Reihenfolge eine jedesmalige nähere Bezeichnung überflüssig machen.

Fall 1.

Die Frau ist im Jahre 1903 37jährig (sämtliche Altersangaben der Frauen beziehen sich auf 1903, wenn nichts anderes bemerkt ist); ihr Becken ist rhachitisch platt und allgemein verengt; seine Masse in cm sind in der allgemein üblichen Reihenfolge: 23.5, 26.0 — 18.0, 10.5, 9.0 — 8.75. Es wurden ihr folgende Kinder geboren:

1. 1891. Normale Geburt eines Knaben, der Muttermilch erhielt und 3wöchentlich an „Gichtern" starb.

2. 1892. Normale Geburt eines Mädchens. 6 Monate Muttermilch, dann Kuhmilch. Das Kind lebt (d. h. es lebte im Jahre 1903; das Leben der Kinder ist in jedem einzelnen Fall nach dem betreffenden Geburtstag konstatiert); es ist von mittlerer Entwicklung.

3. Fusslage; totgeborenes Mädchen.

4. Querlage; totgeborener Knabe.

5. Schädellage; Nabelschnurvorfall; totgeborener Knabe.

6. 1897. Normale Geburt; Mädchen; Ernährung und Entwicklung wie 2).

7. Perforation. Knabe.

8. 1900. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der Basler Klinik mittels 2 Bougies. Dauer der Geburt $8^1/_2$ Stunden. Geburtsverlauf: Schädellage; drohende Asphyxie des Kindes. Inzisionen des Muttermundes. Forceps. Lebendes Mädchen von 45.0 cm Länge, 2400 g Gewicht.

Kopfmasse in cm	Diam. fronto-occipit. .	12.0	Wochenbett
„	Diam. bipariet. . . .	9.0	normal.
„	Diam. bitemp. . . .	7.0	
„	fronto-occipit. Umfang	34.0	

lebt 1903, kräftig, gesund; ernährt wie 2).

9. 1902. Künstliche Frühgeburt in der hiesigen Klinik, eingeleitet mittels Blasenstichs. Geburtsdauer 71 Stunden. II. Schädellage; Spontanverlauf. Lebender Knabe: 48.0, 2820, 11.0, 8.0, 7.0, 34.5. Wochenbett normal (Subinvolutio uteri), lebt 1903. Entwicklung und Ernährung wie 8); beiderseits mässige Hydrocele.

Fall 2.

30jährig. Becken rhachitisch platt und allgemein verengt. Masse: 22.0, 25.5, —, 19.0, 10.5, 9.0 — 8.75.

1. Totgeborener Knabe. Kranioklasie. Febris puerperalis.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik); Blasenstich. Geburtsdauer 111 Stunden. Febris sub partu. Inzisionen des Muttermundes, hohe Zange. Lebendes Mädchen: 47.0, 2330, 10.5, 8.0, 7.0, 32.5. Wochenbett normal.

Kind stirbt am 3. Tage (Effusio sanguinis intracranialis).

Fall 3.

29jährig. Rhachitisch plattes Becken. 27.0, 30.0, 33.0, 17.0, 10.0, ca. 8.0.

1. Knabe. Perforation des lebenden Kindes.

2. 1900. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 2 Bougies, ein geigenförmiger Kolpeurynter, ein kugelförmiger Ballon. Dauer 140 St. Innere Wendung und Extraktion. Lebender Knabe: 50.0, 2670, 11.5, 9.0, 8.0, 34.0. Fract. clavic. dextrae; Fract. capitis humeri? Wochenbett normal.

Das Kind litt an Rhachitis und starb (angeblich infolge Gehirnverletzung durch die Geburt) mit 48 Wochen; es war 4 Monate mit Muttermilch, nachher mit Kuhmilch ernährt worden, angeblich körperlich gut entwickelt, aber geistig zurück; der rechte Arm funktionierte normal.

3. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Geburtsdauer 56 Stunden. Verlauf: I. dorsoant. Querlage, äussere Wendung in I. Schädellage; dann spontan. Lebender Knabe: 50.0, 2900. Übrige Masse fehlen. Wochenbett normal.

Lebt, angeblich geistig und körperlich gut entwickelt; die ersten 3 Monate an der Brust genährt. Machte mit $4^1/_2$ Monaten eine Bronchitis und Pneumonie durch; ein sich anschliessendes Empyem wurde mit Erfolg operiert. Dauer der ganzen Krankheit $2^1/_2$ Monate.

Fall 4.

27jährig. Rhachitisch plattes Becken: 26.0, 26.5, —, 18.0, 10.0, 8.25.

1. Knabe, perforiert.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer ca. 72 Stunden. Verlauf: I. Schädellage, spontan. Lebendes Mädchen: 48.0, 2500, 10.0, 8.0, 7.0, 34.0. Drucknekrose am linken Tuber parietale. 1mal 38.2 im Wochenbett (Subinvolutio uteri). — Kind lebt, angeblich gross und stark (1jährig 10 kg). Ernährt mit Kuhmilch und Surrogaten. Die Stelle der Druckmarke soll durch etwas dünnern Haarwuchs noch kenntlich sein.

Fall 5.

37jährig. Rhachitisch plattes, allgemein verengtes Becken: 24.5, 26.5, —, 18.0, 9.75, 8.0

1. 1896. Zangengeburt. Mädchen. Lebt, angeblich gross, stark, intelligent. Ernährt mit Tiermilch (und Fenchel und Lindenblütentee).

2. 1898. Spontane Geburt (Wehenpulver). Lebte nur 5 Minuten. Mädchen.

3. Spontane Geburt eines toten Knaben. Während der Schwangerschaft vom Arzt vorgeschriebene Hungerdiät.

4. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer 99 Stunden. I. Schädellage, intraauteriner Fruchttod (Ursache?). Perforation. Knabe: 50.0, 2040 (ohne Gehirn). Wochenbett normal.

Fall 6.

43jährig. Becken rhachitisch platt: 25.0, 28.0, —, 20.0, 11.5, ca. 9.5.

1. 1887. Normale Geburt eines Mädchens. Bekam 9 Monate Muttermilch, daneben Brei. Lebt, ist gesund.

2. Perforation eines Knaben.

3. 1893. Geburt eines lebenden Mädchens durch Wendung. Lebt. Ernährt wie das erste Kind.

4. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Geburtsdauer 208 Stunden. I. Schädellage, spontan. Knabe 50.0, 3120, 12.5, 9.0, 8.0, 35.0. Stirbt 45 Minuten p. p. an Asphyxie. Wochenbett normal.

Fall 7.

31jährig. Becken rhachitisch platt: 25.0, 28.0, —, 19.0, 10.5, ca. 8.5.

1. Zangenversuch. Perforation. Knabe.

2. Wendung. Extraktion. Knabe, totgeboren.

3. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Geburtsdauer 21 Stunden. Lebendes Mädchen: 47.0, 2170, 10.0, 8.0, 7.0, 32.0. Löffelförmige Impression des linken Scheitelbeins. Wochenbett normal.

Lebt; 10 Wochen Muttermilch, dann Kuhmilch und Schleim. Das kräftige Kind ist etwas bleich, die linke Schädelhälfte flacher als die rechte. Geistig normal. Zur Zeit des Besuchs litt es gerade an einer akuten Verdauungsstörung.

Fall 8.

28jährig. Becken rhachitisch platt und allgemein verengt: 21.5, 23.0, —, 18.0, 10.5, 8.75.

1. 1896. Normale Geburt in Schädellage (unehelich). Knabe. Mit Tiermilch und Hafermehl ernährt. Ist zur Zeit gesund.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). Blasenstich. Verlauf: I. Schädellage, normal. Dauer 16 Stunden. Lebendes Mädchen: 45.0, 2340. 11.0, 8.0, 7.0, 33.0. Im Wochenbett 1mal 38.0, sonst normal. — Lebt; wie 1) künstlich ernährt; ist kräftig; eine Nabelhernie wurde durch Operation geheilt.

Fall 9.

26jährig. Allgemein gleichmässig verengtes Becken: 23.5, 27.5, 29.5, 18.0, 10.0, 8.5 — 8.0.

1. 1901. Normale Geburt in Schädellage. Mädchen. Wurde mit Tiermilch und Surrogaten ernährt; lebt, ist gut entwickelt.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer 102 Stunden. I. Schädellage, Spontanverlauf. Lebendes Mädchen: 45.0, 2420, 11.0, 8.5, 7.0, 34.0. Im Wochenbett Cystitis (2mal über 38.0°). — Wurde wie 1) ernährt; war kräftig, starb aber $^1/_2$jährig an „Lungenentzündung“.

Fall 10.

40jährig. Trichterbecken: 27.0, 30.5, 33.0, 20.0, Promontorium nicht erreichbar. Distanz der Tubera 8.0 — 9.0.

1. 1892. Zangengeburt. Mädchen; jetzt kräftig, gross. Sämtliche Kinder wurden ca. 8 Tage an der Brust, später mit Kuhmilch genährt.

2. 1893. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). Lebender Knabe, zur Zeit stark, geistig und körperlich gut entwickelt.

3. Künstliche Frühgeburt (derselbe Arzt). Totgeborener Knabe.

4. 1896. Künstliche Frühgeburt (K. W. Frauenklinik in Tübingen 1896 $^{50}/_{169}$). Bad. Vaginalduschen. 1 Bougie, 2.0 g Chinin. sulf. Dauer 25 Stunden. I. Hinterhauptslage. Verlauf normal. Lebendes Mädchen: 50.0, 3100, 11.9, 9.2,

8.0, 35.5 (dabei Zeit der Schwangerschaft auf 35 Wochen berechnet). Wochenbett normal.

Das gut entwickelte Kind starb 54 Wochen alt an „Lungenentzündung".

5. 1897. Künstliche Frühgeburt (K. W. Frauenklinik in Tübingen 1897 $^{146}/_{21}$). Bad. 1 Bougie. Dauer 44 Stunden. Verlauf: normale I. Hinterhauptslage. Lebendes Mädchen (36. Woche): 47.0, 2450, 12.5, 9.0, 7.6, 36.0. (Das Kind wurde mit einem Foetus papyraceus geboren.) Blutung ex atomia uteri; Kollaps. Wochenbett fieberlos. — Das Kind starb mit 4 Monaten an „Blutbeulen", die über den ganzen Körper sollen zerstreut gewesen sein.

6. und 7. Künstliche Frühgeburten (derselbe Arzt wie 2) und 3). 1 Mädchen und 1 Knabe; beide totgeboren. Angeblich sollen die Geburten zu spät eingeleitet worden sein.

8. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. 156 Stunden. Fussvorfall bei I. Schädellage. Reposition. Spontaner Verlauf. Lebendes Mädchen mit Druckspur am rechten Scheitelbein: 46.0, 1870, 10.0, 7.5, 7.0, 31.0. Wochenbett normal. — Das Kind soll kräftig gediehen sein, starb aber mit 9 Wochen an einer Ernährungsstörung.

Fall 11.

31jährig. Platt rhachitisches Becken: 26.0, 29.0, —, 19.0, 10.5, ca. 8.5.

1. 1899. Symphyseotomie und Forceps. Lebendes Mädchen, das mit Kuhmilch ernährt wurde und jetzt gesund ist; geringe Körpergrösse.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer 141 Stunden. Normaler Verlauf in I. Schädellage. Lebender Knabe: 49.0, 2680, 11.5, 8.0, 7.0, 35.0. Wochenbett fieberfrei. Wurde 6 Wochen an der Brust ernährt, seither mit Kuhmilch. Mittlere Entwicklung; rhachitisch: sitzt (1jährig) erst kurze Zeit; 4 Zähne; grosse Fontanelle beinahe geschlossen.

Fall 12.

32jährig. Becken rhachitisch platt: 27.5, 28.25, —, 19.0, 11.0, 9.5.

1. 1897. Nichts Besonderes über die Geburt vermerkt. Lebendes Mädchen, das einige Stunden nach der Geburt stirbt.

2. Fusslage. Totgeborener Knabe.

3. Totgeborener Knabe.

4. 1900. Innere Wendung, Extraktion. Lebendes Mädchen, das zur Zeit kräftig und gesund ist und 5 Monate von der Mutter gestillt wurde; nachher Kuhmilch.

5. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer 21 Stunden. Äussere Wendung aus I. Querlage in II. Schädellage; dann normaler Verlauf. Lebender Knabe: 45.0, 2540, 10.5, 8.0, 7.0, 33.0. Wochenbett normal. Das Kind ist gross und stark gediehen; 3 Monate erhielt es Muttermilch, seither Kuhmilch.

Fall 13.

46jährig. Rhachitisch plattes Becken: 25.5, 29.5, —, 17.5, 10.5, 9.0—8.5.

1. 1898. Schwere Zangengeburt. Knabe. Lebt, mittlere Körperentwicklung; geistig sehr regsam. Erhielt 3 Monate Muttermilch, dann Kuhmilch.

2. Querlage. Nabelschnurumwicklung. Totgeborener Knabe.

3. 1901. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer 80 Stunden. Normaler Verlauf in I. Schädellage. Knabe: 48.0, 2650, 11.0, 8.0,

6.0, 34.0. Wochenbett fieberlos. Nur mit Kuhmilch aufgezogen. Rhachitis. Hydrocephalus mässigen Grades (Kopfumfang von der Mutter gemessen 51 cm am 3. Geburtstage!). Geistig nichts Abnormes beobachtet.

Fall 14.

30jährig. Becken allgemein verengt: 26.5, 28.5, 30.0, 16.5, 10.0, 8.5—8.0.

1. Angeblich normale Geburt. Totgeborener Knabe.

2. 1898. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 1 Bougie. Dauer 32 Stunden. Verlauf spontan in I. Schädellage; lebender Knabe: 47.0, 2670, 11.0, 9.0, 7.25, 33.0. Wochenbett normal. War im 1. Jahre sehr zart; er wurde mit Kuhmilch, Schleim, Voltmers Muttermilch, Lahmanns vegetabilischer Milch ernährt; jetzt ist er kräftig und intelligent.

3. 1901. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 4 Bougies. 2mal Jodoformgazetamponade. Dauer 25 Stunden. Verlauf in I. Schädellage; lebendes Mädchen: 46.5, 2840, 11.0, 8.5, 7.0, 33.0. Wochenbett normal. — Das Kind ist mit 16 Tagen angeblich an Lebensschwäche gestorben; es soll an der Brust genährt worden sein.

Fall 15.

30jährig. Allgemein gleichmässig verengtes Becken: 22.0, 26.5, 29.0, 17.5, 10.0, 8.5.

1. Perforation und Kranioklasie des toten Mädchens.

2. 1900. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 11 Stunden. Verlauf spontan in II. Schädellage. Lebendes Mädchen: 47.0, 2620, 11.0, 8.0, 6.5, 33.0. Wochenbett afebril. Wurde mit Kuhmilch ernährt; ist jetzt gesund und gross.

3. 1901. Wie 2). Dauer 41 Stunden. I. Schädellage; Verlauf entsprechend. Lebender Knabe (hypospadisch): 46.0, 2360, 10.5, 9.0, 7.0, 31.0. Wochenbett normal. — Wurde mit Tiermilch ernährt; er starb am 11. Tage, angeblich an „Lebensschwäche".

4. 1902. Spontane Geburt eines Knaben, der, auch mit Kuhmilch ernährt, sich gut entwickelt hat.

Fall 16.

33jährig. Spondylolisthetisches Becken: 25.5, 28.5, 30.5, 20.5, 10.75, ca. 9.25.

1. 1895. Normale Geburt eines Mädchens: 47.0 cm lang, 2450 g schwer. — Bekam 8 Wochen Muttermilch, dann „Büchsenmilch". Körperlich kräftig entwickelt, aber geistig ziemlich schwach; kommt in der Schule kaum nach.

2. 1898. Normale Geburt eines Knaben von 48.5 cm Länge und 2920 g Gewicht. Wurde mit Muttermilch 7 Monate lang ernährt. Ist jetzt gesund und stark.

3. 1899. Spontangeburt eines Mädchens von angeblich nur 26 Wochen, das 16 Stunden lebte.

4. 1901. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 21 Stunden. Das Mädchen kam in I. Steisslage; Armlösung. Masse: 46.0, 2570, 11.0, 9.0, 7.0, 35.0. Wochenbett fieberlos. — Das Kind erhielt 1 Jahr lang Muttermilch; es ist von mittlerer Entwicklung und soll „schwer gezahnt haben".

Fall 17.

24jährig. Allgemein verengtes Becken: 26.0, 29.0, 32.0, —, 11.0, ca. 9.5.

1. Stirnlage. Perforation. Knabe.

2. 1901. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 9 Stunden. Verlauf spontan in I. Schädellage. Knabe: 46.0, 2600, 11.0, 9.0, 7.0, 33.0. Wochenbett afebril.

Das Kind bekam Kuhmilch und starb 16 Tage alt, angeblich an „Mundfäule und Gichtern".

3. 1902. Normale Geburt ohne Kunsthilfe. Der Knabe wurde mit Kuhmilch genährt und ist kräftig entwickelt; er hat mit 15 Monaten 12 Zähne; kann noch nicht gehen.

Fall 18.

44jährig. Allgemein gleichmässig verengtes Becken: 23.75, 26.0, 27.6, 15.5, 10.3, 8.6. Bei Gelegenheit eines Aborts infolge von Typhus wurde die Beckenanomalie erkannt und vom behandelnden Arzt als Therapie gewählt die

1. 1883. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). Bäder. Bougies. Dauer 70 Stunden. Verlauf spontan in Hinterhauptslage. Mädchen. Gewicht 2250 g. Wochenbett afebril. Wie dieses wurden sämtliche Kinder ausser dem letzten 6—7 Monate von der Mutter gestillt. Dieses erste Kind ist gesund, mittelgross.

2. Ausgetragen; äussere Wendung bei stehender Blase. Unmöglichkeit der Extraktion des Kopfes. Kephalotriptor. Mädchen. Gewicht 4900 g.

3. 1886. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). Bougies, Kolpeurynter. Geburtsdauer 31 Stunden. Verlauf spontan in Hinterhauptslage. Knabe. 2680 g. Am 3. und 4. Wochenbettstage schwache Temperatursteigerung. Jetzt kräftig, untersetzt, von eher kleiner Statur.

4. 1887. Wie 3). Bougies. Bad. Kolpeurynter. Secale. Intrauteriner Ballon. Geburtsdauer 106 Stunden; Geburt spontan in Hinterhauptslage. Knabe: 2815 g. Wochenbett normal. — Zur Zeit angeblich gesund und gut entwickelt.

5. 1890. Wie 3). Bougies. Dauer 70 Stunden. Verlauf normal in I. Hinterhauptslage. Mädchen: 2650 g. Wochenbett afebril. Ist jetzt kräftig und gesund.

6. 1891. Wie 3). Bougies; vaginaler und intrauteriner Ballon. Dauer 50 Stunden. Schieflage. Wendung auf den Fuss, schwierige Extraktion, besonders schwierig die Armlösung. Asphyktisches Mädchen, 2605 g schwer, das wiederbelebt werden kann. Tod 23 Stunden post partum. Wochenbett fieberfrei.

7. 1895. Wie 3). Bougie; Ballon von Champétier de Ribes. Dauer 60 Stunden. Steisslage. Herabholen eines Fusses; langsame Extraktion. Mädchen: 2475 g. Wochenbett normal. — Rhachitische Zähne, schwächlich.

8. 1897. Wie 3). Bougies; Ballon Tarnier und Champétier de Ribes. Dauer 95 Stunden. Abweichen des Kopfes; Wendung, Extraktion, Nabelschnurumschlingung. Knabe: 2950 g. Wochenbett normal. — Rhachitische Zähne, schwächlich.

9. 1901. Künstl. Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Barnes geigenförm., Brauns Kolpeurynter. Dauer 16 Stdn. Verlauf: dorsoanteriore Querlage; innere Wendung und Extraktion. Knabe: 47.5, 2380, 10.0, 8.0, 6.75, 32.0. Wochenbett normal. Bei der Extraktion Fract. clavic. sin.; Parese des rechten Arms. — Wurde nur 4 Monate an der Brust genährt; eine einsetzende Mastitis verhinderte das weitere Stillen. Kind von mittl. Entwicklung; sehr blass. Beide Arme sind normal beweglich.

Fall 19.

34jährig. Becken einfach platt: 24.5, 29.0, 31.5, 19.5, 11.5—11.0, 10.0—9.5.

1. 1887. Normale Geburt. Lebendes Mädchen, das (sowie die andern Kinder) ca. $^3/_4$ Jahr mit Muttermilch ernährt wurde und angebl. gesund sein soll.

2. Querlage. Totgeb. Knabe.

3. Steisslage. Totgeb. Knabe.

4. 1891. Normale Geburt eines Mädchens, das mit $3^3/_4$ Jahren einer Diphtherie erlag.

5. Steisslage. Totgeborener Knabe.

6. 1893. Normale Geburt; lebender Knabe, der jetzt gesund und kräftig ist.

7. 1895. Normale Geburt eines Mädchens, das 1wöchentlich an „Gichtern" starb.

8. Nabelschnurvorfall. Zange. Totgeborener Knabe.

9. 1900. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Barnes' Geigenballon. Blasensprung. Dauer? Verlauf: kombinierte Wendung. Extraktion. Knabe: 51.5, 3550, 12.0, 10.0, 9.0, 37.0. Wochenbett normal. — Das Kind bekam nur 2 Monate Muttermilch, dann Kuhmilch. Körperlich stark entwickelt (schon 3 mal Lungenentzündung überstanden), ist es im Reden noch etwas zurück.

Fall 20.

36jährig. Becken rhachit. platt: 25.0, 29.0, 32.0, 19.0, 10.25, 8.75—8.25.

1. Kraniotomie. Mädchen.

2. 1897. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 3 Bougies. Dauer? Verauf: spontan in I. Schädellage. Mädchen. 46.0, 2330, 10.0, 8.0, 6.75, 30.0. Wochenbett fieberlos. Erhielt Muttermilch neben Tiermilch. Ist von schwächlichem Körperbau, aber stets gesund und munter.

3. 1899. Spontane Frühgeburt angeblich „mit $7^1/_2$ Monaten infolge einer Aufregung". Mädchen, 1tägig gestorben.

4. 1900. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Barnessche Geige, Brauns Kolpeurynter. Dauer 20 Stunden. Wendung. Extraktion, Armlösung. Knabe 45.0, 2580, 11.0, 9.0, 7.0, 32.0. Fractura clavic. dextr. Wochenbett fieberhaft vom 2.—6. Tage (bis 38.9) infolge Cystitis und Mastitis incipiens. — Wie 2) ernährt; gesund und stark. Die Clavikularfraktur ist ohne irgend welche schädliche Folgen geheilt.

Fall 21.

27jährige Rhachitica; Becken rhach. platt: 22.0, 24.0, 28.0, 18.0, 10.0—9.5, 8.0—7.5.

1. Perforation eines toten Mädchens.

2. 1900. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 2 Bougies. Ballons von Barnes, Braun und Champétier de Ribes. Dauer 193 Stunden. II. Schädellage; innere Wendung, Extraktion. (Febris 38.2 sub partu.) Knabe, totgeboren: 47.0, 2430, 11.0, 9.0, 7.0, 31.0. Am Tage nach der Geburt Peritonitis incipiens; 20 Tage p. p. geheilt entlassen.

Fall 22.

33jährig. Becken einfach platt: 26.0, 30.0, 32.0, 19.0, 10.5—10.25, ca. 9.0.

1. 1891. Hohe Zange. Lebender Knabe, wie alle Kinder mit Kuhmilch und Schleim ernährt (vergl. 2); klein.

2. 1892. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). Kolpeurynter in den Uterus; Jodoformgazetamponade; intrauteriner Ballon. Dauer 32 Stunden. Verlauf spontan in I. Schädellage. Knabe: 44.0, 2260, 11.5, 8.25, 7.5, 32.5. Wochenbett afebril. Es ist dies das einzige Kind, das 9 Wochen Mutterbrust bekam; der Knabe ist von mittlerer Entwicklung, bleich (Scharlachrekonvaleszent); er ist grösser als sein älterer Bruder.

3. 1894. Zangengeburt. Knabe, angeblich gesund.

4. 1895. Normale Geburt. Knabe wie 3).

5. 1896. Zangengeburt. Knabe, angeblich gesund.

6. 1897. Zangengeburt. Mädchen; war kräftig; starb aber mit 22 Monaten an Croup.

7. 1900. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Spontanverlauf in I. Schädellage in 8 Stunden. Mädchen: 48.5, 2800, 11.5, 9.0, 6.0, 33.0. Im Wochenbett 1 mal 38.7 (peritonitische Reizung; Phlebitis incipiens). — Jetzt ist das Kind ziemlich kräftig gediehen; es wurde wie die übrigen künstlich ernährt.

Fall 23.

34jährig. Becken allgemein gleichmässig verengt: 26.0, 28.5, 32.5, 20.5, 11.0, ca. 9.5.

1. Embryotomie (Querlage). Knabe.

2. 1894. Querlage; äussere Wendung auf den Kopf. Zange. Mädchen von mittlerer Entwicklung; bekam 1 Jahr lang Muttermilch.

3. 1895. Fusslage, Extraktion. Knabe; Muttermilch $^1/_2$ Jahr; ist klein, mager.

4. 1897. Wie 3) Knabe von mittlerer Entwicklung; mit operativ beseitigter Lippenspalte links. Wurde mit Kuhmilch ernährt (wegen Parametritis puerperalis der Mutter).

5. 1900. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Barnesscher Dilatator. Dauer 28 Stunden. I. Steisslage; Extraktion vom Nabel an. Mädchen: 46.0, 2730, 11.0, 8.5, 7.0, 34.0. Wochenbett fieberlos. — Das Kind erhielt 6 Monate Muttermilch: es sieht rotwangig, wohlgenährt aus und ist das kräftigste der vier Kinder.

Fall 24.

33jährig. Rhachit. plattes Becken: 27.5, 29.5, 33.5, 19.0, 10.25, 8.75.

1. 1893. Zangengeburt. Knabe. Zur Zeit angeblich gesund; wurde ernährt mit Milch und Reismehlabkochungen.

2. Zangenversuch. Perforation. Wendung. Extraktion. Knabe.

3. 1895. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). Laminaria. Dauer ca. 1 Tag. Forceps. Knabe, tief-asphyktisch, wird wiederbelebt, stirbt aber plötzlich im Bade 1 Stunde p. p. Näheres nicht bekannt.

4. 1900. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 2 Bougies; unbeabsichtigte Verletzung der Blase. Dauer ca. 76 Stunden. Wegen Torpor uteri kombin. Wendung auf den Fuss aus Schädellage; Extraktion. Sub partu abgestorbenes Mädchen: 47.0, 2250, 10.5, 8.5, 7.0, 32.0. Im Wochenbett 1 mal 38.1 (Influenza).

Fall 25.

40jährig. Becken einfach platt: 23.75, 26.0, 30.0, —, 10.5, ca. 9.0.

1. 1886. Zangengeburt. Mädchen, das bei Kuhmilch und Mehlbrei geistig und körperlich sich wohl entwickelte, aber während einer Scharlachepidemie an Scharlachdiphtherie starb, 12 Tage vor Vollendung seines fünften Jahres.

2. 1889. Wendung. Knabe. Gestorben 4 Stunden p. p.

3. 1891. Wie 2). Gestorben $^1/_2$ Stunde p. p.

4. Wie 2). Totgeboren.

5. 1895. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies, 2 Kolpeurynter, künstlicher Blasensprung. Dauer 23 (?) Stunden. II. Steisslage; Herunterholen eines Fusses; später Extraktion. Mädchen: 45.5, 2160, 10.5, 9.0, 8.0, 32.0. Wochenbett normal. — Das Kind wurde mit Kuhmilch ernährt; es ist klein, gesund, lernt gut in der Schule.

6. 1898. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 1 Bougie. Ergotin. Dauer 43 Stunden; vollkommene II. Fusslage; spontan bis zum Kopf; Veit-Smellie. Mädchen: 47.0, 2650, 11.3, 9.3, 7.0, 33.0. Wochenbett afebril. — Das künstlich ernährte Kind starb 3wöchentlich an einer Bronchitis.

7. 1900. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 2 Bougies. Dauer 75 Stunden. Spontanverlauf in I. Schädellage. Ganz leicht mazerierter Knabe: 48.0, 2880; weitere Masse fehlen. Im Wochenbett 4 mal über 38° (Retention von Blutcoagulis).

8. 1901. Querlage, Wendung. Knabe, der nur einige Minuten lebte.

Fall 26.

50jährig. Becken einfach platt: 26.0, 28.0, 32.0, 17.5, 10.5, 9.0.

1. 1877. Langdauernde normale Geburt eines Mädchens, das, mit Kuhmilch genährt, 4 Wochen alt bei fremden Leuten versorgt (weil unehelich geboren), an einer Darmentzündung starb.

2. 1880. (Jan.). Langdauernde normale Geburt. Mädchen, das gesund sein soll und schon verheiratet ist (das erste Kind desselben in Vorderhauptslage totgeboren an Lues congenita!). Sämtliche Kinder wurden mit Kuhmilch und Hafermehl erzogen.

3. 1880 (Dez.). Fusslage. Humerusfraktur. Knabe, der mit 8 Monaten einer Pneumonie bei Morbilli erlag.

4. 1882. Wendung bei Gesichtslage. Knabe; dient zur Zeit als Dragoner im deutschen Heer.

5. 1883. Zangengeburt. Mädchen. Ist angeblich gesund und kräftig.

6. 1885. Normale Geburt. Knabe. Entwicklung wie 5).

7. 1888. „ „ „ Gestorben mit 51 Wochen (Pneumonie, Morbilli, Pertussis).

8. 1890. Normale Geburt. Knabe. Soll gesund sein.

9. 1891. Normale Geburt. Knabe, klein gewachsen. Zeichen früherer Rhachitis.

10. 1893. Zangengeburt. Knabe; klein; Zeichen überstandener Rhachitis.

11. Wendung, Extraktion, faultotes Mädchen.

12. 1899. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Barnessche Geige. Dauer ? I. Steisslage, Extraktion. Lebender Knabe mit Parese des linken Oberarms: 50.5, 3250, 11.0, 9.0, 7.0, 34.0. Wochenbett normal. — Kurzer, dicker Knabe mit grossem, asymmetrischem Schädel; die rechte Seite ist grösser als die linke; linker Arm normal funktionsfähig.

Fall 27.

41jährig. Allgemein gleichmässig verengtes Becken: 24.0, 26.0, 31.0, 17.0, 11.25, ca. 9.5.

1. 1889. Geburt von langer Dauer. Knabe, der angeblich stets gesund war und 4 Wochen Muttermilch erhielt, nachher Kuhmilch.

2. Fusslage. Extraktion. Totgeborenes Mädchen.

3. 1891. Fusslage, Extraktion. Mädchen, das 14 Tage Muttermilch bekam, dann aber an „Gichtern" starb.

4. 1892. Normale Geburt. Mädchen; nur mit Kuhmilch ernährt; ist klein, aber gesund.

5. Querlage. Wendung. Totgeborener Knabe.

6. und 7. Fusslage und Extraktion; je 1 totgeborener Knabe.

8. 1899. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 79 Stunden. I. Querlage, Nabelschnurvorfall, Wendung, Extraktion. Knabe: 47.0, 2600, 11.5, 9.5, 7.0, 35.0. Wochenbett afebril. — Das Kind wurde mit Kuhmilch und Hafermehl grossgezogen und ist jetzt ein kräftiger, gesunder und intelligenter Junge.

Fall 28.

35jährig. Becken rhachit. platt: 23.5, 26.5, 29.0, 18.0, 10,0, 8.5.

1. Fusslage. Totgeborener Knabe.

2. 1894. Künstliche Frühgeburt (wie alle folgenden in der Basler Klinik). 1 Bougie; in 16 Stunden Spontangeburt in II. Schädellage. Mädchen: 46.0, 2520, 10.0, 8.0, 7.0, 34.0. Impression des linken Stirnbeins. Wochenbett normal. — Das Kind ist angeblich etwas gering; es erhielt einige Wochen Muttermilch, dann Kuhmilch, Brei und Schleim.

3. 1895. Künstliche Frühgeburt. 2 Bougies. Dauer 9 Stunden. I. Querlage. Wendung, Extraktion. Knabe: 47.0, 2620, 11.0, 8.0, 7.5, 33.0. Asphyktisch geboren, wiederbelebt; stirbt $3^1/_2$ Stunden p. p. (mehrere submeningeale und intercerebrale Blutungen). Wochenbett fieberfrei.

4. 1896. Künstliche Frühgeburt. 1 Bougie; in 17 Stunden Spontangeburt in I. Schädellage; Knabe: 50.0, 2620, 12.0, 9.0, 7.0, 33.0. Das Kind starb 2 Stunden p. p. an Lues congenita (Encephalitis, Pneumonia alba). Im Wochenbett 1 mal über 38° (Mastitis, coupiert).

5. 1897. Künstliche Frühgeburt. 1 Bougie. Dauer 7 Stunden. I. unvollständige Knielage; Extraktion. Knabe: 48.0, 2840, 11.0, 9.5, 7.5, 33.0. Wochenbett normal. Das Kind stirbt am 2. Lebenstage. Sektionsdiagnose: Haematoma subdurale e ruptura sinus longitud. sup; Lues cong.: Encephalitis, Osteochondritis, Pneumonia alba.

6. 1899. Künstliche Frühgeburt. 2 Bougies. In 23 Stunden Spontanverlauf in II. Schädellage. Mädchen: 45.0, 2160, 10.5, 8.0, 6.5, 31.5. Wochenbett afebril. — Das Kind wurde ernährt wie das zweite; es war angeblich sehr kräftig und stets gesund, bis es fast 1jährig einer Pleuropneumonie erlag.

(Ein 7. Kind wurde in Amerika totgeboren; Näheres über die Geburt konnte nicht in Erfahrung gebracht werden.)

Fall 29.

42jährig. Becken rhachit. platt: 27.0, 29.0, 31.0, 18.0, 10.5, 9.0.

1. Zangengeburt; totes Mädchen.

2. 1893. Zangengeburt; Knabe, gestorben 3tägig an „Gichtern".

3. Nabelschnurvorfall, totgeborener Knabe.

4. 1895. 5 Wochen vor Ende der Schwangerschaft traten spontan Wehen

ein; Schräglage, Wendung, Extraktion. Knabe, mit Kuhmilch ernährt; ist angeblich geistig und körperlich gut entwickelt.

5. Nabelschnurvorfall. Wendung. Extraktion. Totgeborener Knabe.

6. 1899. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 2 Bougies; mehrere Barnessche Ballons. Dauer ca. 24 Stunden. II. Schräglage. Wendung, Extraktion. Mädchen: 46.5, 2300, 10.0, 8.0, 6.0, 31.5. Wochenbett normal. Ernährung mit dem Soxhletschen Apparat; das Kind ist angeblich geistig geweckt; es „dürfte körperlich etwas stärker sein".

Fall 30.

36jährig. Rhachit. plattes Becken: 27.0, 29.5, 34.0, 19.5, 9.5, 8.0.

1. 1894. Extraktion, Mädchen, gestorben einige Minuten p. p.

2. Zangengeburt. Totgeborener Knabe; das Becken „soll bei der Geburt zersprengt worden sein".

3. 1899. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 3 Bougies; geigenförmiger Kolpeurynter, Ballon von Champétier. Dauer 121 Stunden. Wendung, Extraktion. Knabe: 52.0, 3120, —, 9.5, 8.0, 33.5. Wochenbett normal. Das Kind starb $2^1/_2$ Stunden p. p. (Asphyxia pallida, multiple Hämorrhagien).

4. Extraktion. Totgeborener Knabe.

5. 1902. Zangengeburt. Lebendes Mädchen, das gut entwickelt ist und 1 Jahr Muttermilch bekam.

Fall 31.

32jährig. Becken rhachit. platt und allgemein verengt: 25.5, 28.0, 32.5, 19.0, 9.75—9.5, 8.25—8.0.

1. 1895. Querlage; Spontanverlauf in Schädellage. Knabe, der 9 Monate Muttermilch erhielt und an nächtlichen Krampfanfällen leidet (Epilepsie?).

2. 1897. Forceps. Mädchen; starke Impressionen des Schädels. Das Kind starb $^1/_4$ Stunde p. p.

3. 1898. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 56 Stunden. Verlauf spontan in II. Schädellage. Knabe: 50.0, 3100, 11.5, 8.5, 7.0, 35.5. Impression des rechten Parietale. Wochenbett fieberfrei. — Das Kind erhielt 9 Monate Muttermilch; es ist gesund und stark. Auf dem rechten Parietale findet sich eine ca. 1 cm^2 grosse, haarlose Stelle, von der Drucknekrose herrührend.

Fall 32.

41jährig. Becken rhachit. platt: 26.5, 28.0, 32.0, 19.5, 9.5, 8.0.

1. Fusslage, Extraktion; totgeborener Knabe.

2. 1894. Normale Geburt. Knabe, der $^1/_2$ Jahr die Brust bekam und mit 1 Jahr 8 Monaten an „Lungen- und Hirnentzündung" starb.

3. 1896. Normale Geburt. Knabe, 3 Wochen mit Muttermilch, dann mit Kuhmilch ernährt. Ist jetzt kräftig und gesund.

4. 1898. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 29 Stunden. II. Steisslage, Armlösung, Veit-Smellie. Knabe: 54.0, 3800, 12.0, 10.0, 8.0, 35.5. Symphysenruptur sub partu; Infektion, praevesikaler Abszess. Inzision in der Linea alba. Die Geburt war am 17. Nov. 98; Patientin wurde geheilt entlassen am 4. März 1899. — Kind wurde mit Kuhmilch aufgezogen und ist jetzt kräftig entwickelt; nässt noch das Bett! Soll angeblich zeitweise geistig etwas abnorm sein!

Fall 33.

42jährig. Becken rhachit.-platt und allgemein verengt: 27.0, 29.5, 35.0, 19.0, 10.5, 9.0.

1. Querlage, Wendung, Extraktion; totaler Dammriss. Totgeborener Knabe.

2. 1898. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Nach 28 Stunden Spontanverlauf in I. Schädellage. Mädchen: 47.0, 2300, 11.0, 8.5, 7.0, 33.5. Wochenbett normal. — Das Kind wurde 4 Wochen gestillt, bekam dann sterilisierte Kuhmilch. Angeblich ist es geistig normal, aber ein anämisches Kind ohne Energie und Lebenslust, stets kränklich; Verdacht auf Tuberculosis peritonei.

3. 1900. Künstliche Frühgeburt (Klinik Bern). 1 Bougie. Zwillinge. Nach 15 Stunden normale Geburt des ersten Kindes; sofort nachher das zweite Kind in Steisslage. Veit-Smellie. Mädchen. 1) 42.0, 1830; 2) 38.0, 1330. Beide Kinder wurden von der Mutter gestillt; das zweite starb 7tägig, das erste 12wöchentlich.

Fall 34.

40jährig †. Becken rhachit. platt und allgemein verengt: 26.0, 26.5, 29.0, 17.5, 10.5, ca. 9.0.

1. Wendung auf den Fuss. Extraktion. Totgeborener Knabe.

2. 1898. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 3 Bougies. Dauer 12 Stunden. Verlauf entsprechend I. Schädellage. Mädchen: 47.0, 2620. Wochenbett normal. — Das Mädchen wurde mit Tiermilch und Surrogaten erzogen, ist gesund, von mittlerer Entwicklung.

3. Extraktion. Totgeborener Knabe.

Die Frau selbst ist im Oktober 1901 angeblich an Asthma gestorben.

Fall 35.

32jährig. Becken rhachit.-platt und allgemein verengt: 27.0, 27.0, —, 18.0, 9.5, 8.0.

1. Schädellage, Wendung, Perforation des nachfolgenden Kopfes. Knabe. Parametritis puerperalis.

2. 1898. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 1 Bougie; innerlich Ergotin. Dauer 94 Stunden. II. Schädellage. Febris sub partu. Perforation des faultoten Kindes (Knabe, nicht gemessen). Diszisionen des Muttermundes. Extraktion. Es entstand eine Blasenscheidenfistel, die operativ beseitigt wurde. Die Geburt fand statt am 13. März, die Patientin konnte am 4. Juni geheilt entlassen werden.

Fall 36.

44jährig. Becken rhachit.-platt: 22.25, 25.5, 29.5, 17.5, 10.5, 9.0.

1. Querlage. Perforation bezw. Eventration. Mädchen.

2. 1893. Fusslage, Extraktion. Knabe, 17tägig an „Gichtern“ gestorben; nicht gestillt.

3. 1897. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 3 Bougies. Kolpeurynter. Dauer? I. Querlage. Wendung auf den Fuss. Extraktion. Toter Knabe: 55.0, 3100; Kopfknochen schlotternd. Nodus funic. umbilic. Lues congenita: Encephalitis neonat.; Pneumonia alba. Wochenbett normal.

Fall 37.

38jährig. Becken allgemein verengt: 25.0, 26.0, 27.5, 17.5, 10.5, 9.0.

1. 1896. Spontane Geburt von langer Dauer. Knabe, mit stark konfiguriertem Kopf. — Ist zur Zeit gesund; klein. Alle Kinder sind mit Tiermilch und Hafermehl ernährt worden.

2. 1897. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 1 Bougie. Dauer ? Verlauf entsprechend I. Schädellage. Knabe: 48.5, 2530, 11.5, 8.0, 7.0, 34.0. Wochenbett normal, sub partu 39.6°. Kind gesund, klein.

3. 1898. Normale Geburt. Mädchen, gestorben mit 2 Wochen an „Gichtern".

4. 1900. Fussgeburt. Mädchen, mittlere Entwicklung.

5. 1902. Normale Geburt, Mädchen; Entwicklung mittel.

Fall 38.

50jährig. Allgemein gleichmässig verengtes Becken: 23.5, 26.75, 28.0, 16.5, 8.75—8.5, 7.25—7.0.

1. Schädellage, Wendung, Extraktion. Totgeborenes Mädchen.

2. Extraktion bei Fusslage, totgeborener Knabe.

3. Extraktion nach Wendung, totgeborener Knabe.

4. 1885. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). 1 Bougie. Dauer ca. 3 Tage. Schädellage, Wendung, Extraktion. Kind, Knabe, tief asphyktisch; trotz langer Wiederbelebungsversuche nur ein lauter Schrei. Wochenbett afebril.

5. 1893. Symphyseotomie und Forceps; lebender Knabe, der 18tägig einer Pneumonie erlag; er hatte die Brust erhalten.

6. 1896. Künstliche Frühgeburt (Basler Klinik). 2 Bougies. Kolpeurynter, Ergotin subkutan. Dauer mindestens 31 Stunden. II. Fusslage, Extraktion. Mädchen: 36.0, 900, 8.0, 6.0, 4.5, 23.0. Das Kind starb bald p. p. an Adynamie. — Die Mutter machte eine Endometritis puerperalis durch; sie konnte nach 14 Tagen bei Ergotin- und Alkoholbehandlung geheilt entlassen werden.

Fall 39.

47jährig. Trichterbecken: 27.0, 30.0, 31.5, 20.0, —, —. Schambogen tief nach unten tretend; Schambogenschenkel steil. Schambogenhöhe 5 cm. Beckenausgang sehr eng.

1. Perforation; Mädchen.

2. 1895. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer mindestens 123 Stunden. I. Schädellage. Forceps. Mädchen: 46.0, 2420, 11.25, 8.25, 7.5, 33.5. Wochenbett normal. Das Kind ist gross, grazil gebaut, gesund, intelligent; es erhielt Soxhlet-Milch.

Fall 40.

35jährig. Becken rhachit. platt: 22,0, 26.5, 30.0, 19.0, 10.0, 8.5.

1. 1890. Zangengeburt. Mädchen, mittlere Entwicklung; es wurde wie alle folgenden Kinder mit Kuhmilch und Schleim grossgezogen.

2. 1891. Zangengeburt, Knabe; entwickelt und ernährt wie 1).

3. und 4. 1893 und 1894. Je eine Zangengeburt beider Mädchen; das erstere lebt, ist von mittlerer Entwicklung; das zweite ist mit 4 Monaten an „Gehirnentzündung" verstorben.

5. 1895. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Spontanverlauf in I. Schädellage innert 8 Stunden. Mädchen: 43.0, 2430, 11.25, 9.0, 7.5, 33.0. Mastitis suppurativa im Wochenbett. Das Kind ist etwas schwach und oft kränklich; es vertrug oft die Kuhmilch nicht und bekam dann verschiedene Surrogate.

6. 1897. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). 2 Bougies. Dauer ca. 2 Tage. Lebendes Mädchen, zur Zeit gesund, klein.

Fall 41.

38jährig. Beckenmasse: 27.0, 29.0, 30.5, 19.0, 10.0—9.5, 8.5—8.0.

1. 1891. Forceps. Knabe, mit Tiermilch ernährt und gestorben an Durchfall mit 3 Monaten.

2. Querlage, Wendung, Extraktion. Totgeborener Knabe.

3. 1894. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 1 Bougie, Bäder, Vaginalduschen. Dauer 17 Stunden; normale Geburt in Walcherscher Hängelage; I. Schädellage. Mädchen: 47.5, 2870, 11.0, 8.25, 6.5, 32.5. Wochenbett normal. Mit Kuhmilch ernährt, starb das Kind 7 Wochen alt an Durchfall.

4. 1895. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 23 Stunden. I. Querlage, Wendung, Extraktion. Knabe: 45.0, 2000, 10.5, 8.75, 6.5, 32.0. Wochenbett normal. Das Kind starb 9 Stunden p. p.; es wurde nicht seziert.

5. 1897. Normale Geburt. Knabe; 8 Wochen an der Brust, dann mit Kuhmilch ernährt. Jetzt kräftig entwickelt, gesund.

6. 1901. Normale Geburt; Mädchen. 4 Wochen Muttermilch; Entwickung wie 5). Nach Angabe der Frau sollen die ersten Kinder grösser gewesen sein, als die letzten. Die Masse dieser betrugen bezw.: 49.0, 2750, 11.0, 8.0, 7.0, 32.0; 50.0, 3070, 11.0, 9.0, 5.5, 34.0.

Fall 42.

44jährig. Beckenmasse: 24.0, 27.0, 32.0, 18.0, 10.5, ca. 9.0.

1. Fussgeburt. Knabe, totgeboren.

2. 1888. Zangengeb. Mädchen, welches jetzt angeblich gesund und stark sein soll. Alle Kinder erhielten ca. 2 Jahre Muttermilch.

3. 1891. Zangengeb. Mädchen; angebl. stark und gesund.

4. 1894. Zangengeb. Knabe, gestorben $^1/_2$ Std. p. p.

5. 1895. Künstl. Frühgeburt, Klinik Basel. 3 Bougies. Dauer ? II. unvollkommene Fusslage; Extraktion. Mädchen: 47.0, 2750, 11.0, 8.0, 7.0, 32.0; Wochenbett normal. Das Kind ist gesund, von grazilem Körperbau; intelligent.

Fall 43.

45jährig. Becken normal. Riesenkinder: das erste und dritte Kind sollen $4^1/_2$, das zweite gar $5^3/_4$ kg gewogen haben! Beckenmasse: 27.0, 30.0, 34.0, 22.0, —,—.

1. Perforation. Mädchen.

2. Zange. Totgeb. Mädchen.

3. „ „ „

4. 1894. Künstl. Frühgeb. Klinik Basel, der Berechnung nach 5 Wochen ante terminum. 1 Bougie. Dauer 30 Stunden. I. Schädellage; Forceps Tarnier. Knabe: 54.0, 4320, 13.0, 9.25, 7.5, 39.0. Wochenbett afebril. — Wurde ernährt

mit Reisschleim und Kuhmilch. Ist angebl. intelligent und der stärkste seines Jahrgangs.

5. 1897. Künstl. Frühgeb. Klinik Basel, 5 Wochen ante terminum. 4 Bougies. Dauer ca. 4 Tage. I. Querlage. Spontanwendung. Extraktion. Knabe: 50.0, 2820(?), 12.0, 9.0, 8.0, 35.0. Wochenbett afebril. — Das Kind kam tief asphyktisch zur Welt und konnte trotz langdauernder Versuche nicht wiederbelebt werden.

6. 1899. Zangengeburt. Mädchen, wie 4) ernährt; es ist angebl. gesund und stark, aber „verhältnismässig viel geringer als der Bube".

Fall 44.

41jährig. Becken allg. gleichm. verengt: 22.5, 25.5, 29.0, 17.5, 9.5, ca. 8.0.

1. Zangengeburt. Totgeb. Mädchen.

2. 1892. Künstl. Frühgeb. (Klinik Basel). Bougie, prolongierte Vaginalduschen. Dauer 126 Stdn. Verlauf spontan in I. Schädellage mit Überdrehung. Knabe: 47.0, 2250, 10.75, 7.75, 6.5, 32.0. Wochenbett normal. — Der Junge ist zur Zeit gesund und stark; er wurde $2^1/_2$ Jahre gestillt. — Beide ersten Kinder sind unehelich geboren worden.

3. 1894. Künstl. Frühgeb. (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 36 Stdn.; II. Schädellage. Forceps Tarnier. Knabe, totgeboren: 50.0, 2950, 12.0, 9.0, 8.0, 35.0. Febris sub partu und am 2. Wochenbettstage; sonst Wochenbett normal.

4. 1896. Zangengeburt. Mädchen; 6 Wochen Muttermilch; ist seit einigen Jahren kränklich.

5. Zangengeb. Totgeborener Knabe.

6. 1901. Norm. Geb. Mädchen, zur Zeit gesund und kräftig; bekam 6 Wochen Muttermilch.

7. 1902. Norm. geb. Mädchen, nur mit Kuhmilch ernährt; ist gesund und munter.

Fall 45.

47jährig. Einf. plattes und allg. verengtes Becken: 24.0, 27.5, 28.5, 18.0, 10.0, ca. 8.5.

1. 1885. Langdauernde Spontangeburt; das Kind (Knabe) starb eineinhalb Tage alt.

2. und 3. Je Querlage, Wendung. Totgeb. Knabe.

4. 1891. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Bäder und Vaginalduschen. 2 Bougies. Spontanverlauf in II. Schädellage in 56 Stunden. Mädchen: 50.0, 3000, 12.0, 9.0, 7.0, 35.0. Endometritis sub partu et puerperalis; 13 Tage p. p. geheilt entlassen. — Das Kind starb am 1. Tage (Haemorrhagia cerebralis et meningealis; Bronchopneumonia incipiens dextra.)

5. 1894. Künstliche Frühgeburt. Klinik Basel. 3 Bougies; 1 Glyzerinbougie. 2 Cervikal-Kolpeurynter; Anwendung von Elektrizität intrauterin; Glyzerininjektionen. Dauer: mindestens 28 Stunden. II. Steisslage: Herunterholen eines Fusses, Extraktion. Knabe: 53.0, 3420, 11.5, 9.5, 8.5, 35.0. Febris sub partu; 38.0^0 am 2. Tage; sonst Wochenbett normal. Das Kind starb bald p. p. an Asphyxie. 6. Querlage, Wendung, totgeb. Knabe.

Fall 46.

48jährig. Einf. plattes Becken. 25.75, 29.75, 33.0, 19.25, 9.5, 8.0.

1. Entbindung in Narkose; totgeborenes Mädchen.

2. 1893. Künstliche Frühgeburt. Basler Klinik. 2 Bougies. Dauer 85 Stdn. I. dorsoposteriore Schulterlage; Wendung, Extraktion in Hängelage. Mädchen: 48.0, 2550, 10.75, 8.0, 7.0, 32.0; tief asphyktisch geboren; nicht wiederbelebt. Lues congenita: Encephalitis neonatorum. Pneumonia alba. Wochenbett normal.

3. 1894. Künstliche Frühgeburt. Basler Klinik. 1 Bougie. Dauer 12 Stdn. II. vollkommene Fusslage; Lösen der Schulter, Veit-Smellie. Knabe: 52.0, 3550, 11.5, 9.0, 8.25, 35.0. Wochenbett normal. — Das Kind wurde 30 Wochen an der Brust genährt; es ist gesund und stark und eines der ersten in der Schule.

4. 1898. Wendung, Extraktion; Mädchen; ernährt wie 3); gesund und kräftig.

Fall 47.

41jährig, gestorben. Becken rhachit. platt und allgemein verengt: 24.5, 27.5, 31.0, 18.75, 8.75, ca. 6.75.

1. Zangenversuch. Perforation. Extraktion. Knabe.

2. Zange. Totes Mädchen.

3. 1891. Künstliche Frühgeburt. Basler Klinik. 2 Bougies, Blasensprung, Galvanisation des Uterus. Dauer 37 Stunden. II. Schädellage, Reposition der vorgefallenen Nabelschnur, Forceps Tarnier. Knabe, stirbt sub partu infolge Nabelschnurkompression durch die Zange. Masse des Kindes: 49.0, 2100, 11.0, 8.0, 7.0. 32.0. Wochenbett normal.

4. 1894. Künstliche Frühgeburt. Klinik Basel. Bäder und Vaginalduschen. Dauer 54 Stunden. Verlauf entsprechend II. Schädellage. Knabe: 44.0, 2150, 10.0, 8.0, 8.5, 31.0. Wochenbett normal. — Das Kind starb kurz nach der Geburt: Hämorrhagie der Dura mater, der Subpleura und des Subperikards.

5. Fussgeburt (1896). Toter Knabe. Bei aufgetriebenem Leib und unter Erbrechen verstarb die Patientin 3 Tage nach der Geburt.

Fall 48.

34jährig. Becken einfach platt: 27.0, 30.5, 34.0, 19.5, 7.5(?), —. (Die Conj. vera wird wohl eher 7.5 cm betragen; der Fall ist in der Tabelle in der 1. Gruppe mit Conj. vera unter 7.0 gezählt.)

1. Normale Geburt; totgeborenes Mädchen.

2. Wendung aus Schädellage; totgeborener Knabe.

3. 1894. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Cervikal-Kolpeurynter, 1 Bougie. Spontanverlauf (Walchersche Hängelage) innert 140 Stunden. Knabe: 51.5, 2930, 12.0, 9.0, 7.0, 35.5. Wochenbett normal. — Das Kind wurde mit Kuhmilch und Eichelkaffee erzogen. Der Knabe ist schmal, soll jetzt gesund sein. In der Schule ist er etwas zurück. Er nässte das Bett 6 Jahre lang; vor 3 Jahren habe er einige nächtliche Anfälle gehabt, die durch Bekämpfung der ursächlichen (?) Blutarmut seither ausgeblieben seien.

4. 1902. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). 4 Bougies. Dauer zirka 10 Tage. Extraktion nach Wendung; Nabelschnurknoten. Toter Knabe.

Fall 49.

War 1893 33jährig; ist seither an unbekannter Krankheit gestorben. Becken einfach platt und allgem. verengt: 23.0, 26.75, 31.0, 17.0, 9.0, 7.5.

Die fünf ersten Geburten verliefen normal; die vierte und fünfte dauerten lange. Die Ernährungsweise ist nicht sicher bekannt, wahrscheinlich aber künstlich gewesen.

1. 1882. Mädchen. Intelligent; geht angeblich seit dem 6. Jahre infolge Coxitis tbc. „lahm".

2. 1884.

3. 1885. Beides Knaben; angeblich intelligent, von kleinem Wuchs, mit rhachit. Knochenauftreibungen.

4. und 5. 1886 und 1890. Mädchen, angeblich geistig und körperlich normal.

6. 1892. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 1 Bougie, Bäder, Vaginalduschen. Dauer 32 Stunden. Spontangeburt in II. Schädellage (und Walcherscher Hängelage; in dieser wird die Conj. diagon. 10 cm). Mädchen: 49.5, 3420, 11.75, 8.0, 7.0, 34.5. Wochenbett afebril. — Das Kind soll angeblich geistig normal sein und früher Rhachitis durchgemacht haben.

Fall 50.

31jährig. Becken allgemein verengt und einfach platt: 22.0, 27.0, 31.0, 19.0, 9.5, 8.0.

1. Wendung. Totgeborener Knabe.

2. 1893. Klinik Basel: mit 1 Bougie, Cervikal-Kolpeurynter, Vaginalduschen wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet. II. Schädellage. Nabelschnurvorfall; Symphyseotomie, Zange Nägeli. Dauer der Geburt 83 Stunden. Knabe: 49.0, 3070, 11.5, 8.5, 7.75, 33.0. Da das Kind der Symphyseotomie wahrscheinlich das Leben verdankt, ist in der Tabelle (S. 12) dieser Fall zu den „spontanen" Geburten eingereiht. Patientin verliess nach 7 Wochen geheilt die Anstalt; sie war mit Pinards Beckenapparat und Gummibinden behandelt worden. — Das Kind wurde 2 Jahre an der Brust genährt, lernte etwas spät gehen; es ist gross, das stärkste seiner Altersgenossen und eines der ersten seiner Schulklasse.

3. 1896. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). 1 Bougie. Dauer zirka $1^1/_2$ Tage. Schädellage, vorliegende Nabelschnur innerhalb der Blase; prophylaktische Wendung; 4 Stunden später Extraktion. Asphyktisches Mädchen, das wiederbelebt wird. Masse desselben nicht bekannt. Es wurde mit Tiermilch ernährt (da es die Brust nicht nahm), ist von geringer Körperentwicklung und zeitlebens kränklich gewesen; geistig ist es normal.

4. 1899. Hungerkost während der Gravidität. Wendung, Extraktion. Mädchen, z. Zt. stark entwickelt; wurde 9 Monate gestillt.

5. Wendung. Extraktion. Totgeborenes Mädchen.

Fall 51.

40jährig. Becken allgemein verengt und rhachit. platt: 25.25, 27.5, 28.75, 16.75, 9.5, 7.5.

1. 1890. Zangengeburt. Mädchen, 13 Wochen mit Muttermilch, nachher mit Kuhmilch ernährt; angeblich gesund und gross. — Die Folgen dieser Geburt waren: Cervixrisse, Verwachsung der Scheide mit denselben, Endometritis fungosa. Therapie: Narbenexzision, Amputatio portionis, Lawson., Tait, Curettage.

2. 1893. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies, Kolpeurynter. Dauer 66 Stunden. Querlage; äussere Wendung in II. Schädellage, die spontan

verlief. Mädchen: 43.25, 1900, 10.75, 7.75, 7.25, 31.0. Im Wochenbett leichtes Resorptionsfieber. Das Mädchen wurde 1 Jahr gesäugt und ist angeblich gesund und kräftig.

3. Fussgeburt. Totgeborener Knabe.

4. 1900. Spontane Geburt eines Mädchens, das beinahe 1 Jahr die Brust erhielt und angeblich gut entwickelt ist.

Fall 52.

48jährig. Becken allgemein verengt, platt: 22.25, 26.75, 29.5, 18.5, 11.0, ca. 9.0 Querdurchmesser des Beckeneingangs 10.5 cm.

1. Perforation, Knabe.

2. 1885. Künstliche Frühgeburt (Hebammenschule Stuttgart) Vollbäder; Grosse Vaginalduschen, Bougie, Cervikal-Kolpeurynter. Dauer 44 Stunden. Querlage, Wendung; später Extraktion. Leicht asphyktischer Knabe: 46.0, 2450, 9.0, 8.0, 7.0; grösster Kopfumfang 36.0, kleinster 31.0. — Das Kind erhielt Muttermilch neben Nestle-Mehl; soll anfangs sehr zart gewesen, jetzt aber geistig und körperlich gut entwickelt sein.

3. 1886 wie 2. Dauer 16 Stunden; Schädellage; Wendung nach Braxton Hicks, 2 Stunden später Extraktion eines leicht asphyktischen Knaben: 46.0, 2750, 11.0, 8.5, 8.0, Umfang bezw. 37.0 und 31.0. — Ernährung und Entwicklung wie 2) (kein Nestle).

4. 1888. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis). Warme Bäder, Bougie, Kolpeurynter. Dauer ca. 50 Stunden. Wendung. Extraktion. Knabe, zirka $2^1/_2$ kg schwer. Wochenbett fieberfrei. — Das Kind bekam Muttermilch; es soll körperlich etwas schwächlich, aber geistig sehr voran sein.

5. 1891. Wie 4). Warme Bäder, Bougie, Kolpeuryse. Dauer ca. 28 Stdn. Blasensprengung, Wendung, Vagitus uterinus, deshalb frühzeitige Extraktion; inkomplette Uterusruptur, Jodoformgazetamponade. Wochenbett fieberfrei. — Das Mädchen wog ca. $2^1/_2$ kg, wurde gestillt und entwickelte sich kräftig; eine Woche vor Vollendung des ersten Jahres erkrankte es akut an einer Halsdrüsenentzündung, und starb daran.

6. 1893. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Cervixtamponade, 2 Cervikalkolpeurynter; Vaginalduschen. Dauer 29 Stunden. I. Schädellage mit äusserer Überdrehung. Febris sub partu (39.3°). Knabe: 44.5, 2450, 11.0, 8.25, 7.25, 32.5. Wochenbett normal. — Das Kind ist wie die anderen mit Muttermilch ernährt worden und gut entwickelt.

7. 1895. Künstliche Frühgeburt (K. Universitäts-Frauenklinik Halle). Cervicalkolpeurynter, Vollbad, 3 grosse Vaginalduschen. Dauer 55 Stunden. Verlauf spontan in I. Schädellage. Mädchen: 46.5, 2740, 11.0, 7.25, 8.25, grösster Umfang 33.0. Wochenbett glatt, fieberfrei. Das Kind wurde $1^3/_4$ Jahre an der Brust gestillt; es soll gut entwickelt sein.

Fall 53.

36jährig. Becken ungleichmässig allgemein verengt und platt: 20.0, 26.5, 30.5, 18.25, 10.0, 8.75—8.5.

1. 1889. Normale Geburt. Mädchen, gestorben eine halbe Stunde alt.

2. Perforation. Knabe.

3. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel) 1893. Prolongierte Vaginalduschen, Kolpeurynter. Dauer 76 Stunden. I. Schädellage. Febris sub partu.

Perforation des toten Kindes, Extraktion. Knabe 48.0, 2800 ohne Gehirn. Wochenbett die ersten 6 Tage fieberhaft; Patientin wird 20 Tage p. p. geheilt entlassen.

Fall 54.

38jährig. Platt verengtes Becken: 24.0, 27.75, 28.0, 16.0, 10.0—9.75, 8.5.

1. 1888. Normale Geburt. Mädchen, mit Schleim und Milch erzogen; kräftig entwickelt. Alle Kinder sind die besten ihrer Schulklasse.

2. Wendung. Extraktion. Totgeborener Knabe.

3. 1891. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Bougie, Blasensprung. Dauer 9 Stunden; Verlauf spontan in II. Schädellage. Mädchen: 45.0, 2100, 10.5, 7.5, 6.75, 31.0. Wochenbett normal. Ernährung mit Milch und Schleim; Entwicklung mittel.

4. 1892 wie 3. Cervikalkolpeurynter. Dauer 9 Stunden. I. vollkommene Fusslage, Extraktion. Mädchen: 42.5, 2020, 10.0, 7.75, 7.0, 30.0. Das Kind stirbt 4 Stunden nach der Geburt (Nephritis haemorrhagica; Ekchymosen der serösen Thoraxhäute). — Wochenbett normal.

5. 1896. Wendung, Extraktion. Mädchen: 49,0, 2000, 11.0. 8.0, 7.0, —. Das Kind wurde wie die andern künstlich ernährt und ist von mittlerer Entwicklung.

Fall 55.

41jährig. Einfach plattes Becken: 26.0, 28.0, 30.5, 18.5, 10.5, 9.0.

1. 1889. Forceps. Mädchen; mit Muttermilch und Wein ernährt; erlag am 11. Tage einer doppelseitigen Schluckpneumonie.

2. Fusslage, Nabelschnurvorfall. Totgeborener Knabe.

3. 1892. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 3 Cervikalkolpeurynter. Dauer 60 Stunden. Querlage, äussere Wendung. Extraktion. Knabe: 46.0, 2150, 10.0, 8.0, 7.0, 32.0. Das Kind starb $^1/_2$ Stunde p.p.: Diastase der Hinterhauptsschuppe, Stirnbeinfissur; doppelseitige Humerusfraktur; multiple Hämorrhagien. Wochenbett normal.

4. 1894. Prophylaktische Wendung, Extraktion. Knabe, der angeblich gesund, kräftig, intelligent ist; er wurde einige Wochen von der Mutter, dann mit Kuhmilch ernährt.

Fall 56.

45jährig. Becken rhachitisch platt: 22.75, 27.0, 29.0, 17.5, 11.0, 9.5.

1. Perforation. Mädchen.

2. Dekapitation bei Querlage. Knabe.

3. 1892. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Cervikalkolpeurynter. Dauer 32 Stunden. I. dorsoposteriore Querlage, Wendung, Extraktion. Knabe: 55.0, 3940, 12.0, 10.5, 8.0, 36.0. Wochenbett glatt. — Das Kind konnte 5 Wochen gestillt werden und erhielt dann Kuhmilch und Schleim. Der Knabe ist gesund; geistig und körperlich von mittlerer Entwicklung.

Fall 57.

41jährig. Beckenmasse: 17.0, 22.75, 29.0, 17.75, —, —.

1. Steisslage; Perforation des nachfolgenden Kopfes. Knabe.

2. 1887. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis; der behandelnde Arzt ist gestorben). Knabe, kurz p. p. asphyktisch gestorben.

3. 1891. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 6 Kolpeurynter; Zug am herabgeholten Fuss. Dauer 13 Stunden. I. Schädellage, drohende Asphyxie, Wendung, Extraktion. Mädchen: 47.0, 2010, 10.0, 8.0, 7.0, 31.5. Das Kind stirbt 1 Stunde 40 Minuten p. p.: Fract. claviculae utriusque; Haemorrhagia meningealis. Diastase zwischen Squama occipitalis und Pars condyloïdea; weites Foramen ovale. — Die Patientin konnte erst 9 Wochen nach der Geburt entlassen werden, da sich in puerperio eine Thrombophlebitis ligamenti lati dextr. et venae saphenae magnae dextr. einstellte.

Fall 58.

40jährig. Becken allgemein gleichmässig verengt: 25.0, 29.75, 32.75, 17.75, 9.5—9.25, 8.0—7.75.

1. Perforation. Knabe.

2. 1890. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Bäder, Vaginalduschen, Jodoformgazetamponade. Dauer 21 Stunden; Verlauf entsprechend I. Schädellage; Placenta praevia lateralis. Mädchen: 46.0, 2500, 11.5, 8.5, 7.5, 32.5. Wochenbett normal. — Das Kind erhielt 4 Monate die Brust, nachher Kuhmilch und Haferschleim; es ist gesund, das stärkste seines Jahrganges in der Schule, eine gute Schülerin.

3. Stirnlage. Totgeborener Knabe; Patientin musste nachher wegen einer Blasenscheidenfistel operiert werden.

4. 1893. Querlage, Wendung, Extraktion; Mädchen, das sofort nach der Geburt starb.

Fall 59.

55jährig. Becken leicht verengt (grosses Kind): 23.0, 29.0, 30.0, 17.5, —, —.

1. 1875. Zangengeburt. Mädchen, das wie die folgenden einige Monate Muttermilch, dann Kuhmilch bekam; zur Zeit gesund.

2. 1876. Fusslage. Knabe; gesund, stark (ist Militär).

3. 1878. Nabelschnurvorfall; Spontangeburt. Mädchen, kräftig, gross.

4. 1879. Normale Geburt. Mädchen; im 21. Lebensjahr an Tbc. pulm. gestorben.

5. 1881. Querlage. Knabe; 5tägig gestorben unter Konvulsionen.

6. Gesichtslage, Nabelschnurvorfall, Zange. Totgeborenes Mädchen.

7. Künstliche Frühgeburt (Privatpraxis; der betreffende Arzt ist gestorben). Steisslage; totgeborenes Mädchen.

8. 1890. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Bäder, Vaginalduschen, Tamponade, 3 Kolpeurynter, 1 Bougie. Zeit der Einleitung ca. 1 Woche ante terminum. Dauer 27 Stunden. I. Steissfusslage; Herunterholen des linken Fusses; Armlösung, Veit-Smellie. Knabe: 55.0, 4640, 12.3, 10.5, 8.0, 37.0. Wochenbett normal. — Das Kind konnte 8 Wochen gestillt werden, worauf es Kuhmilch bekam. Es ist jetzt ein mittelgrosser, kräftiger, gesunder Junge.

Fall 60.

52jährig. Becken ungleichmässig verengt durch einen Tumor der Articulatio sacroiliaca sin. (Enchondroma?): 25.0, 30.0, 33.0, 19.0, ca. 8.0; unter 7.0.

1. I. Schulterlage. Eventration des faultoten Kindes (Knabe). In puerperio: Parametritis und Periphlebitis venae saph. sinistrae.

2. 1890. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Bäder, Vaginaldusche, Cervixtamponade. Dauer 14 Stunden. II. dorsoant. Querlage, Wendung,

Extraktion. Knabe: 46.5, 2200, 10.25, 8.75, 6.75, 31.75. Im Wochenbett Abszess einer Gland. Montgomeri. — Das Kind bekam 7 Wochen Ammenmilch; nachher Schleim und Kuhmilch; es soll damals 6 Wochen lang Diarrhoe gehabt haben. Jetzt ist es ein gesunder, grosser, schlanker Junge.

Fall 61.

48jährig. Beckenmasse: 21.5, 25.5, 28.5, 16.5, 9.25, 7.5.

1. Fusslage. Totgeborener Knabe.

2. Querlage, Wendung, Extraktion. Totgeborener Knabe.

3. 1888. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Bäder, Vaginalduschen, 1 Bougie, 2 Cervikalkolpeurynter. Dauer 31 Stunden. II. Schieflage; Wendung nach Braxton Hicks in I. unvollk. Fusslage; Extraktion. Knabe: 49.5, 2850, 11.0, 8.0, 9.0, 34.0. Wochenbett normal.

Das Kind wurde mit Kuhmilch ernährt und erlag mit 2 Jahren 8 Monaten einer Diphtherie.

4. 1891. Patientin trat zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt in die Klinik ein, bekam aber sofort Wehen und gebar spontan einen Knaben: 43.0, 1800, 10.0. 8.0, 6.5, 29.0. Er wurde mit Kuhmilch erzogen und ist jetzt gesund, von mittlerer Körperentwicklung.

Fall 62.

54jährig. Von den Beckenmassen sind nur die Conj. diag. zu 11.75, die Conj. vera zu 10.0 angegeben.

1. 1880. Spontane Geburt von langer Dauer; Kind scheintot; wiederbelebt; starb am 1. Tage (Mädchen).

2. Stirngesichtslage. Perforation. Kephalotripsie; Cervixriss, Phlebitis. Mädchen.

3. 1883. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel) in der 35. Woche. Warme Bäder, Duschen. Dauer mehrere Tage; Spontanverlauf in II. Schädellage. Knabe: 50.0, 3250. Wochenbett normal. — Das Kind wurde mit Kuhmilch ernährt und starb 2wöchentlich unter Diarrhoe an Ernährungsstörung.

4. 1886. Wie 3). Bäder, Vaginalduschen, Kolpeurynter. Dauer? Spontanverlauf in II. Schädellage; Knabe: 50.0, 3050. Wochenbett afebril. — 3 Monate Muttermilch; später frische und kondensierte Kuhmilch; war schwächlich im Anfang; ist aber jetzt gross, fest, gesund.

5. 1887. Normale Geburt eines Mädchens; das Kind soll kleiner gewesen sein als die früheren; es erhielt $^1/_2$ Jahr Muttermilch; jetzt blühend gesund, kräftig.

Fall 63.

27jährig. Becken rhachitisch platt und allgemein verengt: 26.0, 27.0, 29.0, 18.0—18.5, 10.0, 8.5.

1. 1901. Gesichtslage, Wendung. Fractura humeri sinistri. Knabe, mit Kuhmilch ernährt. Ist zur Zeit des Besuchs $2^3/_4$ Jahre alt; redet noch nicht (Defekt der Uvula); lernte mit $1^1/_2$ Jahren gehen. Hydrocephalus: grosse Fontanelle noch ca. 1 cm^2 gross; der linke Arm funktioniert normal.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer 33 Stunden. Verlauf normal in I. Schädellage. Knabe: 44.0, 2100, 11.0, 8.0, 7.0, 34.0. Das Kind stirbt nach einem Tage an Adynamie. Im Wochenbett 3mal über 38° (Resorptionsfieber).

Fall 64.

33jährig. Becken allgemein gleichmässig verengt: 24.0, 27.0, —, 18.0 10.0, 8.0.

1. 1894. Normale Geburt. Knabe, 5—6 Wochen mit Muttermilch, dann mit Kuhmilch ernährt; angeblich gesund, war noch nie krank.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Spontanverlauf in I. Schädellage in 11 Stunden. Knabe: 48.0, 2790, 11.0, 8.0, 7.0, 34.0. Wochenbett afebril. Das Kind lebt und soll gesund sein; es wurde wie das erste ernährt.

Fall 65.

27jährig. Becken rhachitisch platt und allgemein verengt: 25.0, 26.0, —, 17.0, 10.25, 8.5—8.25.

1. Langdauernde Geburt; Kind (Knabe) totgeboren.

2. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Dauer 26 Stunden. II. Stirnlage, Wendung auf den Fuss, Armlösung, Veit-Smellie. Mädchen: 51.0, 2900, 11.5, 7.0, 6.0, 33.0. Totgeboren. — Wochenbett normal.

Fall 66.

29jährig. Allgemein gleichmässig verengtes Becken: 22.5, 25.0, 29.0, 16.5, 9,5, ca. 8.0.

1. 1896. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 1 Bougie. Spontanverlauf in 74 Stunden in I. Schädellage mit ausserer Überdrehung. Knabe: 47.5, 2300, 12.0, 8.75, 7.0, 34.0. Wochenbett normal. — Der Knabe wurde künstlich ernährt; er ist mittelgross, gesund; geistig schwach begabt; er ist in einem Waisenhaus untergebracht.

2. 1901. Geburt ohne ärztliche Hilfe; das Kind (Knabe) lebte nur 1 Tag; es soll angeblich kleiner als das erste Kind gewesen sein.

Fall 67.

31jährig. Rhachitisch plattes und allgemein verengtes Becken: 22.5, 24.5, —, 16.0, 9.5, 7.5.

1. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Verlauf in 18 Stunden entsprechend I. Schädellage. Mädchen: 46.0, 2470, 11.5, 7.5, 6.5, 33.5. Wochenbett normal. — Das Kind bekam Kuhmilch; seit der 7. Lebenswoche ist es bei fremden Leuten untergebracht; es ist gesund und gut entwickelt.

Fall 68.

21jährig. Rhachitisch plattes und allgemein gleichmässig verengtes Becken: 22.0, 23.0, —, 18.0, 10.5, 8.5.

1. 1902. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). Blasenstich. Verlauf in 49 Stunden spontan in I. Schädellage. Knabe: 48, 2550, 11.0, 8.0, 7.0, 33.0. Wochenbett fieberlos. Wurde ca. 4 Monate gestillt und dann ausgetan. Jetzt von mittlerer Entwicklung; gesund und munter. Kann $^5/_4$jährig noch nicht gehen; hat 8 Zähne; grosse Fontanelle geschlossen.

Fall 69.

34jährig. Becken rhachitisch platt: 28.0, 27.0, 31.0, 17.5, 10.0, 8.75—8.25.

1. 1900. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 2 Bougies. Dauer 62 Stunden. II. Schädellage; Forceps Tarnier in Medullarnarkose. Knabe: 45.5, 2390.

12.0, 8.0, 7.0, 29. Sub partu 38.1°. Wochenbett afebril. — 3—4 Wochen Muttermilch, dann Tiermilch; war angeblich kräftig, „wie ein praller Gummiball"; 1/4jährig fiel das Kind plötzlich zusammen, „wie wenn man ein Loch in den Ball gemacht hätte", und starb (in einer Krippe).

Fall 70.

49jährig. Becken platt rhachitisch: 24.5, 25.5, —, 17.0, 9.5, ca. 8.0.

1. 1895. Künstliche Frühgeburt (Klinik Basel). 4 Bougies, Kolpeurynter. Glyzerininjektion. Spontanverlauf in I. Schädellage in 29 Stunden. Knabe: 48.0, 2560, 11.0, 8.0, 7.5, —. Im Wochenbett 1mal 38.7 (Halsschmerzen). — Das Kind wurde mit Kuhmilch und Schleim genährt und ist jetzt gesund und stark, von mittlerer geistiger Begabung.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.